

ĐẶC ĐIỂM VIÊM PHỨC MẠC Ở BỆNH NHI SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI ĐANG THẨM PHÂN PHỨC MẠC TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Huỳnh Thị Vũ Quỳnh^{1,2}, Trần Nguyễn Minh Phúc¹, Lương Thị Mỹ Tín¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ở bệnh nhi suy thận mạn giai đoạn cuối (STMGĐC) đang thẩm phân phúc mạc (TPPM), viêm phúc mạc (VPM) là một trong những biến chứng nghiêm trọng thường gặp nhất. Biến chứng này có thể gây ra mất chức năng phúc mạc, thất bại điều trị và gây tử vong hàng đầu ở bệnh nhi TPPM. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm thống kê tỉ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và kết quả điều trị VPM. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca. **Kết quả:** Biến chứng VPM xảy ra ở 16 bệnh nhi trong 49 bệnh nhi STMGĐC đang TPPM (32,6%), với tổng cộng 29 đợt VPM. Tần suất VPM là 0,3 đợt/bệnh nhân-năm. Hầu hết VPM xảy ra sau năm đầu TPPM (79,3%). Triệu chứng thường gặp nhất là dịch xả đục (75,9%) và tác nhân cấy được nhiều nhất là *Staphylococcus aureus* (33%). Cefepim là kháng sinh khởi đầu thường dùng nhất (37,5%). Sau đợt VPM, tỉ lệ rút catheter TPPM, chuyển chạy thận nhân tạo, VPM lặp lại và VPM tái nhiễm lần lượt là 31,25%; 25%; 25% và 12%. **Kết luận:** VPM là biến chứng thường gặp nhất ở bệnh nhi STMGĐC đang TPPM, đặc biệt sau năm đầu điều trị với triệu chứng nổi bật là dịch xả đục. Đây cũng là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến thất bại điều trị với tỉ lệ rút catheter TPPM và chuyển chạy thận nhân tạo cao. **Từ khóa:** Viêm phúc mạc, thẩm phân phúc mạc, suy thận mạn giai đoạn cuối

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF PERITONITIS IN PATIENTS ON PERITONEAL DIALYSIS IN CHILDREN'S HOSPITAL 2

Background: Peritonitis is one of the most serious complications in peritoneal dialysis patients diagnosed with end-stage renal disease. Peritonitis may lead to permanent membrane damage, therapeutic failure and remains the primary fatal reason in children on peritoneal dialysis. Consequently, our study was done to describe the rate, clinical features, laboratory results, treatment, and outcomes of peritonitis. **Methods:** A case series study. **Results:** Peritonitis occurred in 16 patients of 49 chronic peritoneal dialysis patients (32,6%) with 29 episodes, in total. The peritonitis rate was 0,3 episodes per patient-year. Almost peritonitis episodes occurred after the first of peritoneal dialysis therapy (79,3%). The most popular symptom of peritonitis was cloudy effluent and *Staphylococcus aureus* was

the most common cultured agent. Cefepim was the primary initial antibiotic used (37,5%). Following peritonitis, the rate of peritonitis-associated catheter removal, hemodialysis transfer, repeat peritonitis, and relapsing peritonitis were 31,25%; 25%; 25%, and 12%, respectively. **Conclusions:** Peritonitis was the most common complication of peritoneal dialysis patients, especially after the first therapeutic year with cloudy effluent as the most popular symptom. This also remains the primary reason leading to therapeutic failure with a high rate of peritonitis-associated catheter removal and hemodialysis transfer.

Keywords: Peritonitis, peritoneal dialysis, end-stage renal disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thẩm phân phúc mạc là phương pháp sử dụng phúc mạc của người bệnh làm màng lọc thay thế cho thận suy. Trên thế giới, TPPM là lựa chọn ban đầu phổ biến nhất đối với trẻ nhỏ với ưu điểm về tính đơn giản, thuận tiện và chi phí thấp⁴, nhằm đáp ứng nhu cầu thay thế thận ngày càng gia tăng trên toàn thế giới với tỉ suất mới mắc lên đến 18 trường hợp/1.000.000 trẻ – năm^{5,7}. Tuy nhiên, một trong những nhược điểm của TPPM là biến chứng nhiễm trùng, nguyên nhân nhập viện hàng đầu và nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai ở trẻ em TPPM, trong đó có VPM⁵. Đây là biến chứng nghiêm trọng thường gặp nhất ở TPPM, góp phần gây mất chức năng phúc mạc và thất bại điều trị nếu nhiễm trùng lặp lại⁵. Số liệu thống kê về VPM thay đổi theo từng trung tâm trên toàn thế giới. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát tập trung vào biến chứng VPM ở trẻ STMGĐC đang TPPM tại bệnh viện Nhi đồng 2 trong thời gian gần đây.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi dưới 16 tuổi STMGĐC, được thay thế thận bằng phương pháp TPPM tại bệnh viện Nhi đồng 2 từ tháng 01/2021 đến tháng 05/2023.

Tiêu chuẩn nhận vào:

- Chẩn đoán xác định STMGĐC.
- Điều trị thay thế thận bằng phương pháp TPPM.

- Tái khám hoặc nhập viện Nhi đồng 2 từ tháng 01/2021 đến tháng 05/2023.

Tiêu chuẩn loại ra: Người nhà hoặc người bảo hộ không đồng ý cung cấp thông tin theo

¹Bệnh viện Nhi đồng 2

²Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Vũ Quỳnh

Email: quynh.huynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

phiếu thu thập thông tin mẫu.

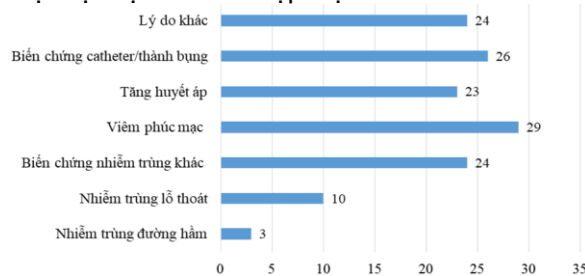
Cách tiến hành: Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nhận mẫu được chia thành hai nhóm có và không có biến chứng VPM. Sau đó ghi nhận các đặc điểm về dịch tể, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và đáp ứng điều trị. Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel 2013 và xử lý bằng phần mềm R i386 3.5.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 49 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Tuổi bắt đầu TPPM trung bình là $9,78 \pm 3,83$. Đa số bắt đầu TPPM từ 6 - <12 tuổi (40,8%), nam chiếm 53,1% và nữ chiếm 46,9%. Dân tộc Kinh chiếm 91,8% và đa số đến từ các tỉnh ngoài TP. Hồ Chí Minh (83,7%).

Tỉ lệ tìm được nguyên nhân gây STMMGDC là 57,2% và không tìm được nguyên nhân là 42,8%. Trong đó, bệnh cầu thận chiếm tỉ lệ nhiều nhất (18,4%).

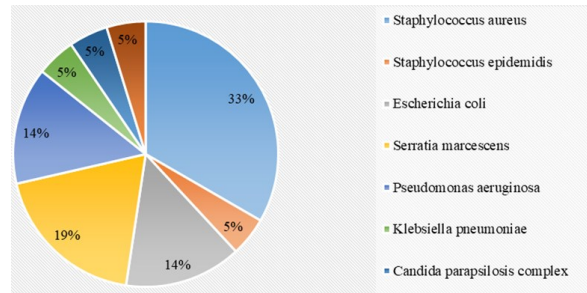
Bệnh nhân TPPM nhập viện vì VPM chiếm nhiều nhất (biểu đồ 1). Tỉ lệ bệnh nhân có VPM là 32,6%. Tổng thời gian TPPM là 1160 tháng, trung bình là $23,67 \pm 17,06$ tháng, ngắn nhất là 1 tháng, dài nhất là 88 tháng. Tổng số đợt VPM là 29 đợt. Tần suất VPM là 0,3 đợt/bệnh nhân-năm, tương đương cứ trung bình 40 tháng thì có một đợt bệnh nhân nhập viện vì VPM.



Biểu đồ 1. Nguyên nhân nhập viện của bệnh nhi thẩm phân phúc mạc

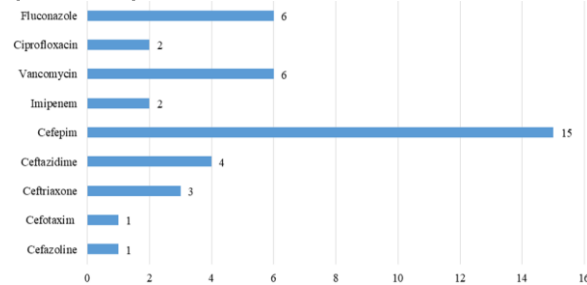
Hầu hết các đợt VPM xảy ra sau năm đầu TPPM (79,3%). Đa phần bệnh nhân VPM từ 1 đợt (56%) đến 2 đợt (25%) và tối đa 6 đợt (6%). Tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng đường hầm và/hoặc lỗ thoát ở nhóm có VPM cao hơn so với nhóm không có VPM (37,5% so với 9,1%) có ý nghĩa thống kê ($p=0,016$). Triệu chứng thường gặp nhất là dịch xà đục (75,9% tổng số đợt).

Bạch cầu trung bình trong dịch màng bụng là $11339,82 \pm 38473,7$ tế bào/ μ l. Có 4 trường hợp số lượng bạch cầu < 100 tế bào/ μ l. Tỉ lệ cấy dương tính chiếm 86,2% và âm tính chiếm 13,8%. Tỉ lệ cấy vi trùng gram âm chiếm 56%, gram dương chiếm 32% và nấm chiếm 12%. Tác nhân hay gặp nhất là Staphylococcus aureus (biểu đồ 2).



Biểu đồ 2. Tác nhân gây viêm phúc mạc

Tổng thời gian dùng kháng sinh là 578 ngày, trung bình là $24,08 \pm 8,02$ ngày. Khởi đầu điều trị bằng hai loại kháng sinh chiếm nhiều nhất (44%), tối đa là bốn loại (12%). Cefepim là kháng sinh ban đầu có tỉ lệ sử dụng cao nhất (biểu đồ 3).



Biểu đồ 3. Các loại kháng sinh khởi đầu

Sau khi có kết quả kháng sinh đồ, có 2 đợt đổi phổ kháng sinh khác, 17 đợt giữ nguyên kháng sinh khởi đầu trong suốt thời gian điều trị, 4 đợt được giảm bậc, 2 đợt tăng bậc.

Tổng thời gian nằm viện do VPM là 735 ngày, mỗi đợt kéo dài trung bình là $29,4 \pm 17,74$ ngày, tối thiểu là 14 ngày, tối đa là 80 ngày.

Trong 16 bệnh nhân có biến chứng VPM có 5 trường hợp phải rút catheter TPPM (chiếm 31,25%) và 4 trường hợp chuyển chạy thận nhân tạo (25%), 3 bệnh nhân với 4 đợt VPM tái nhiễm (chiếm 12%), 4 bệnh nhân với 9 đợt VPM lặp lại (chiếm 25%), 6 bệnh nhân khỏi bệnh (37,5%), không có trường hợp tử vong trong đợt VPM.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 49 bệnh nhân với độ tuổi trung bình khi bắt đầu TPPM là $9,78 \pm 3,83$ tuổi. Kết quả này tương tự như kết quả của tác giả Lương Thị Phượng với độ tuổi $8,92 \pm 3,92$ ¹. Mặt khác, nhóm tuổi bắt đầu TPPM trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu từ 6 đến dưới 12 tuổi; nữ chiếm 46,9% và nam chiếm 53,1%; tương đồng với kết quả nghiên cứu của Saeed M. AlZabli⁸.

Nghiên cứu của chúng tôi có 42,8% không tìm được nguyên nhân, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Lương Thị Phượng với 55,77%.

Tuy nhiên, trong nhóm tìm được nguyên nhân thì cả hai nghiên cứu đều có tỉ lệ bệnh cầu thận nhiều nhất (18,4% và 23,1%), khác với tác giả John Dotis với các dị dạng thiếu sản/ loạn sản thận chiếm hàng đầu 22,2%².

Tổng thời gian TPPM là 1160 tháng cho 49 bệnh nhân, trung bình là $23,67 \pm 17,06$ (1; 88) tháng; dài hơn gần gấp đôi so với báo cáo của tác giả Lương Thị Phượng với 685 tháng cho 52 bệnh nhân, $14,25 \pm 7,79$ (2; 28) tháng¹.

Viêm phúc mạc là nguyên nhân nhập viện hàng đầu. Tỉ lệ đợt nhập viện vì VPM trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,5%, thấp hơn so nghiên cứu của tác giả Lương Thị Phượng 58,2%¹. Tuy nhiên, tỉ lệ bệnh nhân có biến chứng VPM trong nghiên cứu của chúng tôi là 32,6%, thấp hơn so tác giả Lương Thị Phượng 40,4%¹. Điều này một phần có thể được giải thích từ thói quen sinh hoạt thường ngày của bệnh nhân cũng như sự khác biệt về khí hậu giữa hai miền. Biến chứng nhiễm trùng đường hầm và/hoặc lỗ thoát là một yếu tố nguy cơ được chứng minh rõ ràng là có liên quan đến VPM và cũng được chứng minh trong nghiên cứu của chúng tôi ($p=0,016$). Điều này cũng được chứng minh qua nhiều nghiên cứu khác⁵.

Tần suất VPM thay đổi tùy theo từng trung tâm, khu vực. Trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,3 đợt/bệnh nhân - năm, tương đương cứ trung bình 40 tháng theo dõi lại có một đợt trẻ nhập viện vì viêm phúc mạc. Trong khi đó, con số này ở nghiên cứu của Lương Thị Phượng cao hơn gần gấp đôi với 0,64 đợt/ bệnh nhân - năm (tương đương trung bình 18,74 tháng có một đợt)¹. Tương tự, báo cáo hàng năm của NAPRTCS năm 2011 là 0,64 đợt/bệnh nhân - năm (tương đương trung bình 18,8 tháng có một đợt VPM)⁵. Sự khác biệt này một phần có thể do sự khác nhau về cỡ mẫu và thời gian nghiên cứu. Mặc khác, biến chứng VPM giảm đáng kể nhờ cải tiến kỹ thuật đặt catheter TPPM và tăng cường giáo dục, huấn luyện nên vào thời điểm nghiên cứu của chúng tôi thì tần suất VPM cũng giảm đi so với trước. Tần suất VPM trong nghiên cứu của chúng tôi so với tiêu chuẩn dưới 0,4 đợt/bệnh nhân - năm theo hướng dẫn của ISPD 2022 có thể xem như đạt nhưng cần đánh giá mỗi năm thay vì tích lũy trong thời gian lâu hơn⁵.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có từ 1 đến 2 đợt VPM (81,3%); tương tự như các nghiên cứu của Kyong Ok Lee (78,26%) số trường hợp có từ 2 đợt viêm phúc mạc trở xuống⁸. Rất ít bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có từ 3 đợt viêm phúc mạc trở lên, đặc biệt có 1 trường hợp VPM tái diễn 6 lần. Tác giả

Lương Thị Phượng (2022) ghi nhận 57,1% bệnh nhân có 1 đợt VPM, tối đa 19% bệnh nhân có 3 đợt VPM¹. Tỉ lệ VPM 1 đợt trong nghiên cứu của tác giả Lương Thị Phượng thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi nhưng số lượt VPM tối đa cũng thấp hơn. Qua đó có thấy được sự dao động rất lớn về số đợt VPM giữa các bệnh nhân trong nghiên cứu. Điều này có thể gợi ý những yếu tố nguy cơ hằng định chưa thay đổi được ở từng bệnh nhân mà trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa khảo sát tới và tồn tại kéo dài như thao tác thực hiện TPPM không đảm bảo qui trình, vệ sinh phòng thẩm phân không đảm bảo.

Thời điểm xảy ra VPM chủ yếu sau năm đầu TPPM (79,3%), khác hẳn với nghiên cứu của Lương Thị Phượng xảy ra đa số trong năm đầu tiên TPPM (89,7%)¹, cũng như của Kyong Ok Lee (92,3%)⁴. Điều này một phần có thể giải thích rằng trong một năm đầu, sau khi được huấn luyện và giáo dục sức khỏe, người nhà tuân thủ tốt hơn và còn ghi nhớ các bài học. Tuy nhiên, việc tuân thủ có thể giảm dần theo thời gian hoặc do đổi người chăm sóc rồi tự hướng dẫn nhau mà không được huấn luyện bài bản từ nhân viên y tế nên dễ xảy ra biến chứng VPM hơn.

Triệu chứng VPM chủ yếu là dịch xả đục. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ dịch xả đục là 88%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nakwan, nhưng cao hơn của AlZabli với 56,7%⁸. Theo sau triệu chứng dịch xả đục là triệu chứng sốt (80%) và đau bụng (76%), thấp hơn so với trong nghiên cứu của Nakwan (82%), nhưng cao hơn so với 56,7% trong nghiên cứu của AlZabli⁸.

Số lượng bạch cầu trung bình trong dịch màng bụng là $11339,82 \pm 38473,7$ tế bào/ μ l, trong đó có 4 ca < 100 tế bào/ μ l (chiếm 16% tổng số ca). Số liệu này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Warady là 1990 \pm 2196 tế bào/ μ l với 2,8% ca < 100 tế bào/ μ l⁵.

Tỉ lệ cấy dịch màng bụng âm tính của chúng tôi là 13,8%, tương tự số liệu của Lee (14,3%) nhưng thấp hơn kết quả của Lương Thị Phượng (56,4%) và Ponce (59,2%)^{1,4}. Điều này có ý nghĩa trong việc phân lập tác nhân gây bệnh và kháng sinh đồ để áp dụng phương pháp điều trị thích hợp. Theo hướng dẫn của ISPD năm 2022, mục tiêu giảm tỉ lệ cấy âm trong VPM xuống $< 15\%$ trong tổng số đợt⁵. Vì vậy, kết quả cấy của chúng tôi có thể xem là đạt mục tiêu này.

Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cấy vi khuẩn gram âm chiếm đa số (56%), gram dương (32%) và 3 năm (12%). Ngược lại, các tỉ lệ này trong nghiên cứu của Lương Thị Phượng lần lượt là 82,3%; 11,8% và 5,9%¹. Tuy vậy, Staphylococcus aureus là vi khuẩn thường gặp

nhất trong cả hai nghiên cứu (28% và 64,7%)¹. Điều này gợi ý có thể có sự khác nhau giữa tác nhân gây VPM ở hai trung tâm thực hiện TPPM lớn của hai miền Nam và Bắc. Tuy nhiên do cỡ mẫu của nghiên cứu còn khá nhỏ nên sự khác biệt này chỉ mang tính chất gợi ý.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ khởi trị bằng hai loại kháng sinh chiếm nhiều nhất với 44%, kể đến là một loại kháng sinh với 28%. Kết quả này khác biệt với một nghiên cứu tại Hy Lạp của John Dotis và cộng sự năm 2015 khi báo cáo trong 23 đợt viêm phúc mạc được ghi nhận, có 2 trường hợp (6,7%) được điều trị với 1 loại kháng sinh và 21 trường hợp (93,3%) được điều trị với 2 loại kháng sinh². Qua đó thấy được số loại kháng sinh được sử dụng khởi đầu của chúng tôi có vẻ nhiều hơn. Hơn thế nữa, số lượng kháng sinh khởi đầu của chúng tôi có thể lên đến 4 loại chưa kể kháng nấm. Điều này có vẻ không tương thích với khuyến cáo của ISPD năm 2022 với một loại kháng sinh đơn độc hoặc kết hợp hai loại kháng sinh phủ cả gram dương và gram âm⁵. Hướng dẫn phòng ngừa thứ phát bằng kháng nấm dạng uống dự phòng cũng được đưa ra với những bằng chứng mang lại lợi ích trong khuyến cáo ISPD 2022⁵.

Đối với kháng sinh khởi đầu phổ gram âm, kháng sinh khởi đầu được sử dụng nhiều nhất là Cefepim (60%), trong đó dùng đơn độc (chiếm 24%) và dùng phối hợp với kháng sinh khác (chiếm 36%). Điều này cũng phù hợp theo khuyến cáo của ISPD 2022⁵. Đối với kháng sinh khởi đầu phổ kháng gram dương, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 4% trường hợp dùng cefazolin và 24% trường hợp dùng vancomycin. Trong khi cefazolin được báo cáo đem lại hiệu quả nhất định theo ISPD năm 2022 khi khởi đầu thì khi so sánh với nghiên cứu của John Dotis, kháng sinh khởi đầu mạnh tay hơn vancomycin được dùng trong cả 23 trường hợp (100%)^{2,5}. Việc lựa chọn kháng sinh khởi đầu ngoài nguyên tắc phối hợp phổ rộng thì còn phụ thuộc vào phổ vi trùng thường gặp tại từng cơ sở y tế và cả cơ địa cũng như tiền căn nhiễm trùng của từng bệnh nhân. Tại bệnh viện của chúng tôi, tỉ lệ vi khuẩn kháng thuốc tăng dần theo thời gian cả ở gram dương và gram âm nên có thể lý giải phần nào việc lựa chọn luôn vancomycin để khởi đầu thay vì oxacillin hay kháng sinh cùng phổ khác, cũng phù hợp với khuyến cáo của ISPD 2022⁵. Điều này cũng hợp lý khi mà tác nhân gây VPM phân lập được hàng đầu là Staphylococcus aureus kháng methicillin (MRSA) không chỉ riêng nhóm vi khuẩn gram dương mà trong tất cả các tác nhân nói chung.

Hầu hết các đợt VPM trong nghiên cứu của chúng tôi không thay đổi kháng sinh trong suốt quá trình điều trị (68%), chỉ có 16% đợt giảm bậc và 8% đợt tăng bậc điều trị. So sánh với nghiên cứu của John Dotis, ghi nhận chỉ có 17,4% tiếp tục kháng sinh ban đầu là Vancomycin và Ceftazidime; 82,6% đợt phải thay đổi kháng sinh². Việc tiếp tục duy trì kháng sinh như ban đầu một phần do tác nhân nuôi cấy được nhạy với kháng sinh ban đầu, tình trạng lâm sàng đáp ứng tốt với kháng sinh. Mặt khác, do sử dụng kháng sinh phối hợp ngay từ lúc đầu nên tỉ lệ thay đổi kháng sinh điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn.

Tổng thời gian nằm viện do VPM là 735 ngày, trung bình là $29,4 \pm 17,74$ ngày; dài hơn nghiên cứu của tác giả Lương Thị Phượng với tổng thời gian nằm viện là 447 ngày, trung bình là $11,46 \pm 9,62$ ngày¹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ rút catheter TPPM là 31,25%, cao hơn so với 9,9% theo tổ chức IPPR⁴. Tỉ lệ chuyển sang chạy thận nhân tạo hẳn sau đó là 25%, cao hơn so với nghiên cứu của Lương Thị Phượng (2022) với 19% và cao hơn so với nghiên cứu của tổ chức IPPR với 8,1%^{1,5}. Mặt khác, nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân với 4 đợt VPM tái nhiễm (12%), 4 bệnh nhân với 9 đợt VPM lặp lại (25%). Số liệu này khá cao so với kết quả nghiên cứu của tổ chức IPPR với số ca VPM tái phát ghi nhận có 35 ca (6,4%)⁵. Trong khi đó, tác giả Kyong Ok Lee trên số lượng ca nhiều gần gấp đôi của chúng tôi cho thấy VPM tái phát chỉ chiếm 1,8% và tỉ lệ bệnh nhân chuyển sang chạy thận nhân tạo chiếm 1,8%⁴.

V. KẾT LUẬN

Biến chứng VPM là nguyên nhân nhiễm trùng nhập viện thường gặp nhất với 32,6%, đặc biệt sau năm đầu điều trị và thường đi kèm với nhiễm trùng đường hầm và/hoặc lỗ thoát. Triệu chứng thường gặp nhất là dịch xả đục và tác nhân cấy được hàng đầu là Staphylococcus aureus. Tỉ lệ rút catheter TPPM và chuyển chạy thận nhân tạo sau đợt VPM còn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Thị Phượng, Tống Ngọc Huy, Nguyễn Ngọc Huy và cộng sự.** Tỷ lệ viêm phúc mạc trên trẻ thẩm phân phúc mạc tại bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí nghiên cứu Y học. 2022; 152(4):79-85.
2. **Dotis J, Myserlis P, Printza N, et al.** Peritonitis in children with automated peritoneal dialysis: a single-center study of a 10-year experience. Ren Fail. 2016; 38(7):1031-5.
3. **Harambat J, Stralen KJ, Kim JJ, et al.** Epidemiology of chronic kidney disease in

- children. *Pediatr Nephrol.* 2012; 27(3):363-73.
- Kyong OL.** Outcomes of peritonitis in children on peritoneal dialysis: a 25-year experience at Severance Hospital. *Yonsei Med J.* 2013;54(4):983-9.
 - Li PK, Chow KM, Cho Y, et al.** ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Perit Dial Int.* 2022; 42(2):110-153.
 - Nakwan N, Dissaneewate P, Lim A, et al.** Peritoneal dialysis-related peritonitis in southern Thailand. *Int J Artif Organs.* 2008; 31(1):49-54.
 - Ploos AS, Noordzij M, Warady BA, et al.** Renal replacement therapy for children throughout the world: the need for a global registry. *Pediatr Nephrol.* 2018; 33(5):863-871.
 - Saeed MA, Mohammed AA, Meshail AB, et al.** Peritonitis in children on peritoneal dialysis: 12 years of tertiary center experience. *Int J Pediatr Adolesc Med.* 2021; 8(4):229-2

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY ĐẦU DÒ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Đỗ Võ Công Nguyên¹, Nghiêm Phương Thảo²,
Nguyễn Chí Thành¹, Trần Thanh Phong¹, Bùi Anh Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu nhằm đích mô tả đặc điểm hình ảnh và tỉ lệ tổn thương động mạch vành trên chụp cắt lớp vi tính đa dãy đầu dò ở bệnh nhân (BN) đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 và tìm hiểu mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương động mạch vành (ĐMV) với một số đặc điểm bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Phương pháp: Đây là nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu. Tất cả các BN được chụp CLVT mạch vành ở bệnh viện Thống Nhất, Tp Hồ Chí Minh từ 9/2022 đến 9/2023. **Kết quả:** có 294 BN, trong đó có 147 BN nhóm ĐTĐ típ 2 (gồm 92 nam chiếm 62,6%, 55 nữ chiếm 37,4%) và 147 bệnh nhân không ĐTĐ (gồm 93 nam chiếm 63,3% và 54 nữ chiếm 36,7%). Tuổi trung bình (TB) của nhóm không ĐTĐ là 61,7 ± 10,5, thấp hơn tuổi TB nhóm ĐTĐ là 68,4 ± 8,9 (p < 0,001). Nhóm không ĐTĐ ít bị tổn thương ĐMV hơn và số nhánh tổn thương cũng ít hơn so với nhóm ĐTĐ có ý nghĩa thống kê (p = 0,002). Tỷ lệ hẹp các nhánh ĐMV: Động mạch (ĐM) liên thất trước (LAD), ĐM mũ (LCX), ĐMV phải (RCA) có ý nghĩa (hẹp ≥ 50%) ở nhóm không ĐTĐ thấp hơn nhóm ĐTĐ có ý nghĩa thống kê, ngoại trừ thân chung ĐMV trái (LM). Trong các nhánh mạch vành hẹp > 50% thì hẹp LAD chiếm tỉ lệ cao nhất, ở nhóm ĐTĐ (41,5%) và nhóm không ĐTĐ (27,2%). Điểm vôi hóa trung bình Agatston ở nhóm ĐTĐ là 234,9 ± 395,8, cao hơn nhóm không ĐTĐ (106,7 ± 334,2). Điểm vôi hoá ở các nhánh ĐMV ở nhóm ĐTĐ cao hơn nhóm không ĐTĐ có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Diện tích dưới đường cong cho giá trị điểm vôi hoá trong tiên đoán hẹp ≥ 50% ĐMV là 0,839, với ngưỡng cut-off là 88 điểm, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất trong chẩn đoán lần lượt là 74,3% và 79,5%. Chỉ có thời gian mắc ĐTĐ là có liên quan đến hẹp ĐMV (r = 0,38). **Kết luận:** Cắt lớp vi tính đa dãy đầu dò đóng vai trò

quan trọng trong phát hiện vôi hóa mạch vành, dự đoán mức độ hẹp mạch vành có ý nghĩa và chẩn đoán hẹp ĐMV, đặc biệt trên nhóm BN ĐTĐ.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính, động mạch vành, điểm vôi hoá, đái tháo đường.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERY LESION ON CORONARY COMPUTED TOMOGRAPHY ANGIOGRAPHY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Objective: The study aimed to describe the image characteristics and incidence of coronary artery lesions on coronary computed tomography angiography in patients with type 2 diabetes and explore the relationship between lesion characteristics coronary artery with some type 2 diabetic patient characteristics. **Methods:** This is a retrospective, cross-sectional study. All patients underwent coronary computed tomography angiography at Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City from September 2022 to September 2023. **Results:** There were 294 patients who underwent coronary CT angiography, including 147 patients with type 2 diabetes (92 men, accounting for 62.6%, 55 women, accounting for 37.4%) and 147 patients without diabetes (including 93, males accounted for 63.3% and 54 females accounted for 36.7%). The mean age of the non-diabetic group was 61.7 ± 10.5, significantly lower than the mean age of the diabetic group which was 68.4 ± 8.9 (p < 0.001). The non-diabetic group had less coronary artery damage and the number of damaged branches was also statistically significant compared to the diabetic group (p = 0.002). The rate of significant narrowing of coronary artery branches: anterior descending artery (LAD), Left circumflex artery (LCX), right coronary artery (RCA) (narrowing ≥ 50%) in the non-diabetic group was statistically significantly lower than the diabetic group, except for the left main artery (LM). Among coronary artery branches narrowed > 50%, LAD stenosis contributed for the highest rate, in the diabetic group (41.5%) and the non-diabetic group (27.2%). The Agatston calcification score in the

¹Bệnh viện Thống Nhất

²Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Võ Công Nguyên

Email: dovocongnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024