

- prognostic factors for relapse. Eur J Paediatr Neurol EJPJN Off J Eur Paediatr Neurol Soc. 2007; 11(2): 90-95. doi: 10.1016/j.ejpn.2006. 11.007
4. **López-Chiriboga AS, Majed M, Fryer J, et al.** Association of MOG-IgG Serostatus With Relapse After Acute Disseminated Encephalomyelitis and Proposed Diagnostic Criteria for MOG-IgG-Associated Disorders. JAMA Neurol. 2018;75(11): 1355-1363. doi:10.1001/jamaneurol.2018.1814
 5. **Yamaguchi Y, Torisu H, Kira R, et al.** A nationwide survey of pediatric acquired demyelinating syndromes in Japan. Neurology. 2016;87(19): 2006-2015. doi:10.1212/WNL.0000000000003318
 6. **Tenembaum S, Chamoles N, Fejerman N.** Acute disseminated encephalomyelitis: a long-term follow-up study of 84 pediatric patients. Neurology. 2002;59(8):1224-1231. doi:10.1212/wnl.59.8.1224
 7. **Taghdiri MM, Amouzadeh MH, Esmail Nejad SS, Abasi E, Alipour A, Akhavan M.** Epidemiological, Clinical, and Laboratory Characteristics of Acute Disseminated Encephalomyelitis in Children: A Retrospective Study. Iran J Child Neurol. 2019;13(4):65-73.
 8. **Kariyawasam S, Singh RR, Gadian J, et al.** Clinical and radiological features of recurrent demyelination following acute disseminated encephalomyelitis (ADEM). Mult Scler Relat Disord. 2015;4(5):451-456. doi:10.1016/j.msard.2015.06.013
 9. **Santoro JD, Chitnis T.** Diagnostic Considerations in Acute Disseminated Encephalomyelitis and the Interface with MOG Antibody. Neuropediatrics. 2019;50(5):273-279. doi:10.1055/s-0039-1693152

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỨC ĐỘ SUY THẬN VỚI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH LỒNG NGỰC ĐỘ PHÂN GIẢI CAO VÀ CHỨC NĂNG HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH LỌC MÁU CHU KỲ

Nguyễn Thị Thanh Hương¹,
Nguyễn Đình Tiên², Nguyễn Vĩnh Hưng²

cao, do đó việc quản lý tốt trong điều trị cho bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối bằng lọc máu chu kỳ giúp hạn chế tổn thương phổi trên nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: Bệnh thận mạn tính, chức năng phổi, cắt lớp vi tính độ phân giải cao

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa mức độ suy thận với đặc điểm lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực độ phân giải cao và chức năng hô hấp ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ tại Bệnh Viện E. **Đôi tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc có phân tích 134 bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện E từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 10 năm 2020. **Kết quả:** Có sự liên quan giữa triệu chứng phù và rối loạn thông khí phổi, hình ảnh tổn thương phổi trên chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao với $p < 0,05$, Có mối liên quan giữa rối loạn cân bằng kiềm toan và rối loạn chức năng hô hấp, hình ảnh tổn thương phổi trên HRCT ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ với $p < 0,05$. Có mối tương quan thuận giữa nồng độ Albumin huyết tương với thông số FEV1 và FVC với hệ số tương quan là 0,371 và 0,406. Có mối tương quan nghịch giữa nồng độ ure với thông số FEV1 và FVC với hệ số tương quan là -0,39; -0,368. Có mối tương quan nghịch giữa nồng độ creatinin với thông số FEV1 và FVC với hệ số tương quan là -0,588; -0,51. **Kết luận:** Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính lọc máu chu kỳ, triệu chứng phù có liên quan đến rối loạn thông khí phổi và gây tổn thương phổi trên chụp cắt lớp vi tính độ phân giải

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN LEVEL OF RENAL FAILURE WITH CLINICAL CHARACTERISTICS, HIGH-RESOLUTION CHEST COMPUTATION SCIENCE AND RESPIRATORY FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE ON CYCLICAL HEMODIALYSIS

Objectives: Evaluate the relationship between the degree of kidney failure with clinical characteristics, high-resolution chest computed tomography and respiratory function in patients with chronic kidney failure on dialysis at Hospital E. **Subjects and method:** cross-sectional descriptive study, longitudinal follow-up analyzing 134 chronic kidney failure patients undergoing dialysis at Hospital E from October 2017 to October 2020. **Results:** There is a correlation between symptoms of edema and pulmonary ventilation disorders, images of lung damage on high-resolution computed tomography with $p < 0.05$, there is a relationship between acid-base balance disorders and respiratory dysfunction. respiratory, lung damage images on HRCT in patients with chronic kidney failure on dialysis with $p < 0.05$. There is a positive correlation between plasma Albumin concentration and parameters FEV1 and FVC with correlation coefficients of 0.371 and 0.406. There

¹Bệnh viện E

²Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hương

Email: toahuongkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

is a negative correlation between urea concentration and parameters FEV1 and FVC with a correlation coefficient of -0.39; -0.368. There is a negative correlation between creatinine concentration and parameters FEV1 and FVC with a correlation coefficient of -0.588; -0.51. **Conclusion:** In our study, we found that in patients with chronic kidney disease on dialysis, edema symptoms were related to lung ventilation disorders and lung damage on high-resolution computed tomography, therefore, good management in treating end-stage chronic kidney disease patients with hemodialysis helps limit lung damage in this group of patients.

Keywords: CKD, Pulmonary functions, HRCT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, tỷ lệ mắc bệnh thận mạn tính đã gia tăng trên toàn thế giới và trở thành mối lo ngại nghiêm trọng về sức khỏe cộng đồng, gây nguy hiểm cho sức khỏe con người [1]. Mặc dù kinh nghiệm lâm sàng cho thấy những bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối, lọc máu chu kỳ có thể phát triển những rối loạn chức năng hô hấp, làm ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống, thậm chí còn làm tăng tỷ lệ tử vong ở nhóm này. Thực tế có nhiều nguyên nhân dẫn đến rối loạn chức năng hô hấp như giảm mức lọc cầu thận, quá tải dịch, rối loạn chức năng cơ hô hấp, vôi hoá phổi, xơ dính màng phổi. Theo y văn rối loạn thông khí hạn chế thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính, nhưng một số báo cáo cho thấy rối loạn thông khí tắc nghẽn hay gặp hơn. Thêm vào đó ở Việt Nam, đánh giá về chức năng hô hấp và các rối loạn thông khí ở bệnh nhân thận mạn tính lọc máu chu kỳ chưa được báo cáo đầy đủ. Do đó mục tiêu của nghiên cứu này là: "Đánh giá mối liên quan giữa mức độ suy thận với đặc điểm lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực độ phân giải cao và chức năng hô hấp ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính lọc máu chu kỳ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 134 bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện E từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 10 năm 2020.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Được chẩn đoán xác định suy thận giai đoạn V theo Hội Thận học Hoa Kỳ (2002) và được lọc máu chu kỳ [2].

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh phổi mạn tính, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, lao phổi, xơ phổi trước khi lọc máu chu kỳ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng phương pháp tiến cứu mô tả, sử dụng công thức

tính cỡ mẫu:

$$n \geq \left(\frac{1,96}{m}\right)^2 p(1-p)$$

n: Là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết, đủ lớn và đủ độ tin cậy; p: Tỷ lệ FEV₁ bất thường. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn p = 50% (0,5) để đảm bảo cho cỡ mẫu lớn nhất.

m: độ sai số. Theo nghiên cứu của J. Bras và cộng sự năm 2008 cho thấy có 15% bệnh nhân suy thận lọc máu chu kỳ có rối loạn thông khí phổi [3]. Thay số vào công thức trên, tính được n = 42. Như vậy theo lý thuyết bệnh nhân tối thiểu đưa vào nhóm nghiên cứu là 42 bệnh nhân.

2.3. Phương tiện nghiên cứu: Máy đo thể tích ký thân của hãng Medisof do Bỉ sản xuất; Các xét nghiệm này được tiến hành tại Bệnh viện phổi trung ương. Trên cơ sở các tiêu chí đã đặt ra, chức năng phổi được chia thành nhóm không có rối loạn thông khí, rối loạn thông khí hạn chế và rối loạn thông khí tắc nghẽn, rối loạn thông khí hỗn hợp.

2.4. Một số tiêu chuẩn

Bảng 1: Các chỉ số hô hấp

| Viết tắt | Tên | Trị số bình thường |
|----------|--|--------------------|
| VC | Dung tích sống | > 80% |
| FVC | Dung tích sống gắng sức | >80% |
| FEV1 | Thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu | >80% |
| FEV1/VC | Chỉ số Tiffeneau | >70% |
| FEV1/FVC | Chỉ số Gaensler | >70% |
| FEF25-75 | Lưu lượng thở ra khoảng giữa của dung tích sống gắng sức | >60% |
| PEF | Lưu lượng đỉnh | >80% |
| MVV | Thông khí tự ý tối đa | >60% |

- Rối loạn thông khí hạn chế [4].
- + Tiêu chuẩn: Các thể tích và dung tích giảm (VC, FVC), các lưu lượng bình thường
- + FVC, SVC, TLC giảm; FRC, ERV bình thường hoặc giảm.
- + FEV₁, FEF_{25-75%}, MVV bình thường hoặc giảm
- + RV/TLV, FEV₁/FVC, PEF bình thường hoặc tăng
- + Mức độ rối loạn thông khí hạn chế
- + Nhẹ: FVC hoặc TLC= 66-80%
- + Trung bình: FVC hoặc TLC= 51-65%
- + Nặng: FVC hoặc TLC ≤ 50%
- Rối loạn thông khí tắc nghẽn [4].
- + Tắc nghẽn đường thở trên: sử dụng chỉ số FEF₅₀/FIF₅₀ (còn gọi là MIF₅₀/MEF₅₀)
- + Lưu lượng thở ra ở 50% thể tích phổi (FEF₅₀)
- + Lưu lượng hít vào ở 50% thể tích phổi (FIF₅₀)

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý, phân tích thống kê y học bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Môi liên quan giữa rối loạn thông khí phổi và một số đặc điểm toàn thân của bệnh nhân suy thận

| Triệu chứng | | Rối loạn thông khí phổi | | | | p |
|------------------------|-------------------------------|-------------------------|------|--------------|------|-------|
| | | Có rối loạn (n=106) | | Không (n=28) | | |
| | | n | % | n | % | |
| Mệt mỏi | Mệt mỏi (n=90) | 69 | 76,7 | 21 | 23,3 | 0,372 |
| | Không (n=44) | 37 | 84,1 | 7 | 15,9 | |
| Gầy sút cân | Gầy sút (n=85) | 69 | 81,2 | 16 | 18,8 | 0,510 |
| | Không (n=49) | 37 | 75,5 | 12 | 24,5 | |
| Phù | Phù (n=97) | 97 | 100 | 0 | 0 | 0,000 |
| | Không (n=37) | 9 | 24,3 | 28 | 75,5 | |
| Da xanh, niêm mạc nhợt | Da xanh, niêm mạc nhợt (n=47) | 38 | 80,9 | 9 | 19,1 | 0,825 |
| | Không (n=87) | 68 | 78,2 | 19 | 21,8 | |

Nhận xét: Có sự liên quan giữa triệu chứng phù và rối loạn thông khí phổi với $p < 0,05$. Các triệu chứng toàn thân còn lại không có sự khác biệt về tỷ lệ giữa 2 nhóm rối loạn thông khí và không có rối loạn ($p > 0,05$).

Bảng 2. Môi liên quan giữa hình ảnh tổn thương phổi trên HRCT và một số đặc điểm toàn thân của bệnh nhân suy thận

| Triệu chứng | | Tổn thương phổi trên HRCT | | | | p |
|------------------------|-------------------------------|---------------------------|------|--------------|------|-------|
| | | Có (n=97) | | Không (n=37) | | |
| | | n | % | n | % | |
| Mệt mỏi | Mệt mỏi (n=90) | 65 | 72,2 | 25 | 27,8 | 0,561 |
| | Không (n=44) | 32 | 72,7 | 12 | 27,3 | |
| Gầy sút cân | Gầy sút (n=85) | 64 | 75,3 | 21 | 24,7 | 0,325 |
| | Không (n=49) | 33 | 67,3 | 16 | 32,7 | |
| Phù | Phù (n=97) | 97 | 100 | 0 | 0 | 0,000 |
| | Không (n=37) | 0 | 0 | 37 | 100 | |
| Da xanh, niêm mạc nhợt | Da xanh, niêm mạc nhợt (n=47) | 34 | 72,3 | 13 | 27,7 | 0,573 |
| | Không (n=87) | 63 | 72,4 | 24 | 27,6 | |

Nhận xét: Có sự liên quan giữa triệu chứng phù và hình ảnh tổn thương phổi trên HRCT với $p < 0,05$. Các triệu chứng toàn thân còn lại không có sự khác biệt về tỷ lệ giữa 2 nhóm hình ảnh tổn thương phổi trên HRCT và không có hình ảnh tổn thương phổi ($p > 0,05$).

Bảng 3. Môi liên quan giữa rối loạn cân bằng kiềm toan và rối loạn chức năng hô hấp

ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ

| Rối loạn cân bằng kiềm toan | Tổn thương phổi trên HRCT | | | | p |
|-----------------------------|---------------------------|------|--------------|------|-------|
| | Có (n=97) | | Không (n=37) | | |
| | n | % | n | % | |
| Có (n=80) | 49 | 90,7 | 5 | 9,3 | 0,001 |
| Không (n=54) | 48 | 60,0 | 32 | 40,0 | |

Nhận xét: Có mối liên quan giữa rối loạn cân bằng kiềm toan và rối loạn chức năng hô hấp ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ với $p < 0,05$.

Bảng 4. Tương quan tuổi, số năm lọc máu, BMI và một số thông số chức năng hô hấp

| Chi tiêu | DLCO | FRC | TLC |
|----------------|------------------|------------------|------------------|
| | Hệ số tương quan | Hệ số tương quan | Hệ số tương quan |
| Tuổi | -0,50 | 0,29 | -0,208 |
| Số năm lọc máu | -0,395 | 0,47 | 0,046 |
| BMI | 0,241 | -0,120 | 0,172 |

Nhận xét: Có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa thông số chức năng hô hấp FRC với tuổi với hệ số tương quan là 0,29. Có mối tương quan nghịch mức độ yếu giữa TLC và tuổi với hệ số tương quan là -0,208. Chỉ số DLCO có mối tương quan nghịch mức độ vừa với tuổi và số năm lọc máu và có mối tương quan thuận yếu với chỉ số BMI.

Không có sự tương quan giữa thông số chức năng hô hấp FRC và TLC với số năm lọc máu và chỉ số BMI.

Bảng 5. Tương quan chức năng phổi với 1 số yếu tố huyết học và hóa sinh

| Chi tiêu | FEV1 | FVC | FEV1/FVC |
|-----------|------------------|------------------|------------------|
| | Hệ số tương quan | Hệ số tương quan | Hệ số tương quan |
| HBG | 0,115 | 0,076 | 0,290 |
| Ure | -0,390 | -0,368 | -0,033 |
| Creatinin | -0,588 | -0,501 | -0,145 |
| Albumin | 0,371 | 0,406 | -0,055 |

Nhận xét: Có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa nồng độ Albumin huyết tương với chỉ số FEV1 và FVC với hệ số tương quan là 0,371 và 0,406 với $p < 0,05$. Có mối tương quan nghịch mức độ vừa giữa nồng độ creatinin và ure với chức năng hô hấp FEV1 và FVC với hệ số tương quan là -0,39; -0,368; -0,588; -0,501 với $p < 0,05$. Không có sự tương quan giữa thông số chức năng hô hấp FEV1/FVC với nồng độ HBG, Ure, Creatinin, Albumin với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Rối loạn chức năng hô hấp trong BTM giai

đoạn tiến triển của BTM có liên quan đến suy giảm chức năng phổi. Khi GFR giảm dần, phù phổi và rối loạn chức năng cơ hô hấp ngày càng tăng, do sự tương tác phức tạp giữa tình trạng giữ nước, tim mạch, chuyển hóa và nội tiết. Trong một nghiên cứu, người ta thấy rằng cả rối loạn chức năng thông khí hạn chế và tắc nghẽn đều tăng lên khi GFR giảm, với tỷ lệ cao (64%) rối loạn chức năng thông khí hạn chế ở những bệnh nhân có các bệnh đi kèm như suy giảm năng lượng protein, bệnh tim mạch. Rối loạn thông khí hạn chế được coi là yếu tố dự báo độc lập về tỷ lệ tử vong tăng cao ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính. Dung tích khuếch tán của phổi đối với carbon monoxide (DLCO) cũng được thấy là giảm ở bệnh nhân suy thận mạn, tình trạng này vẫn tồn tại ngay cả sau khi ghép thận thành công. Sự suy giảm này thấp hơn đáng kể ở những người lọc màng bụng (CAPD) [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng có mối liên quan giữa rối loạn thông khí phổi, hình ảnh tổn thương phổi trên HRCT và một số đặc điểm toàn thân của bệnh nhân suy thận đó là triệu chứng phù phổi.

Theo nghiên cứu của Palamidis (2014) trên 25 bệnh nhân chạy thận nhân tạo ổn định về mặt lâm sàng. Thang điểm khó thở mMRC được áp dụng trước và sau khi chạy thận nhân tạo. Các xét nghiệm khác cũng được thực hiện bao gồm đo chức năng hô hấp, khí máu động mạch. Mặc dù các xét nghiệm đo thông khí phổi bình thường, tất cả bệnh nhân (100%) đều có tình trạng khó thở mạn tính từ mức nhẹ đến trung bình trước khi chạy thận nhân tạo và giảm sau khi chạy thận nhân tạo. Chỉ số dự báo duy nhất của (Δ) mMRC là (Δ) $P_{0.1}$ ($r = 0.71$, $P < 0.001$). Giá trị P_i max giảm trước khi chạy thận máu và có tương quan với thời gian chạy thận ($r = 0.614$, $P < 0.001$), nhưng tăng đáng kể sau khi chạy thận ($P < 0.001$). Tác giả cho rằng khó thở là triệu chứng chính ở bệnh nhân suy thận mạn và cải thiện sau khi lọc máu [6].

Theo nghiên cứu của Pelaia (2021) theo dõi theo nhóm đa trung tâm trên bệnh nhân có rối loạn thông khí tắc nghẽn có mức độ giảm nhanh $eGFR > 5$ mL/phút/1,73 m²/năm. Kết quả có 157 (22,2%) bệnh nhân mắc BTM ở giai đoạn đầu. Bệnh nhân mắc BTM thường lớn tuổi hơn, có FEV1 thấp hơn. Trong thời gian theo dõi trung bình là $52,3 \pm 30,2$ tháng, 100 bệnh nhân phát triển BTM và 200 bệnh nhân có tỷ lệ $eGFR$ giảm nhanh. Giá trị FEV1 trung bình sau giãn phế quản là $83,4 \pm 23,5\%$ so với dự đoán. Thêm vào đó, giá trị FVC và FEV1/FVC trung bình ban đầu

lần lượt là $91,4 \pm 26,7\%$ so với dự đoán (pred.) và $0,61 \pm 0,07$. Phân tích hồi quy Cox đa biến cho thấy các yếu tố độc lập dự báo chức năng thận suy giảm nhanh bao gồm: tăng 10 mL/phút/1,73 m² $eGFR$ ban đầu (OR 1,054, $p < 0,0001$) và mắc bệnh tiểu đường (OR 1,100, $p < 0,009$) [7].

Theo nghiên cứu của Pelaia (2021) đánh giá chức năng phổi ở 20.700 nam giới và 7.325 phụ nữ từ năm 1974 đến năm 1992. Độ tuổi trung bình là $43,4 (\pm 6,6)$ và $47,5 (\pm 7,9)$ đối với nam và nữ. Phân tích hồi quy nguy cơ tỷ lệ Cox được sử dụng để xác định nguy cơ mắc các biến cố BTM mới liên quan đến chức năng phổi ban đầu sau khi điều chỉnh cho các yếu tố gây nhiễu loạn khác nhau. Trong hơn 41 năm theo dõi, có 710 và 165 trường hợp BTM mới (chẩn đoán chính) ở nam và nữ tương ứng. FEV1 thấp có liên quan mạnh đến nguy cơ mắc BTM trong tương lai ở nam giới (Q1 so với Q4, tỷ lệ nguy hiểm được điều chỉnh: 1,46 (CI: 1,14-1,89), xu hướng $p = 0,002$). Những phát hiện tương tự cũng được quan sát thấy đối với FVC ở nam giới (1,51 (CI: 1,16-1,95), xu hướng $p = 0,001$) [7].

Mức FEV1 và FVC thấp ở ban đầu là yếu tố nguy cơ dẫn đến phát triển BTM mới trong tương lai ở nam giới. Theo dõi chức năng thận ở những người có dung tích sống giảm trong thời kỳ đầu đời có thể giúp xác định những người có nguy cơ mắc BTM trong tương lai cao hơn.

Dựa trên kết quả nghiên cứu của Utami (2021), 49% bệnh nhân suy thận mạn đang chạy thận nhân tạo có hình ảnh chụp ngực cho thấy phù phổi (49 B), trong khi 51% không có (51 BN). Tác giả cho rằng phù phổi là một biến chứng thường gặp ở bệnh nhân suy thận mạn. Phù phổi thường gặp ở bệnh nhân suy tim sung huyết, bệnh nhân thừa dịch cơ thể do lịch chạy thận không đều đặn, chế độ ăn uống không hợp lý và "trọng lượng khô" không phù hợp. Việc xác định cân bằng dịch để tránh thiếu hoặc thừa dịch rất quan trọng đối với bệnh nhân chạy thận nhân tạo [8].

Ở bệnh nhân urê huyết, phù phổi do rối loạn huyết động. Có nhiều yếu tố liên quan đến tình trạng này: dư nước phổi do giữ nước và chất điện giải, suy thất trái do THA toàn thân, bệnh cơ tim urê huyết, bệnh động mạch vành, thiếu máu hoặc hồng cầu cao, giảm protein máu, lỏng rỗng động tĩnh mạch quá mức và tổn thương màng mao mạch phế nang. Phù phổi liên quan đến suy thận mạn có liên quan đến sự tích tụ dịch ngoại bào quá mức, như dịch thừa do suy thận mạn tính trong các trường hợp hẹp động mạch thận

và cũng có thể do tăng tính thấm mao mạch phổi với giảm áp lực keo huyết tương. Một dấu hiệu của phù phổi do hẹp động mạch thận là sự tiết renin tăng đáng kể ở bộ máy quanh cầu thận của thận bị thiếu máu cục bộ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa thông số chức năng hô hấp FVC với tuổi với hệ số tương quan là 0,188. Đồng thời, phát hiện có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa thông số chức năng hô hấp FRC với tuổi với hệ số tương quan là 0,29. Có mối tương quan nghịch mức độ yếu giữa TLC và tuổi với hệ số tương quan là -0,208. Chỉ số DLCO có mối tương quan nghịch mức độ vừa với tuổi và số năm lọc máu và có mối tương quan thuận yếu với chỉ số BMI.

Kết quả của chúng tôi thấy rằng có mối liên quan giữa rối loạn cân bằng kiềm toan, hình ảnh tổn thương và rối loạn chức năng hô hấp ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ

V. KẾT LUẬN

Như vậy các biến chứng phổi ở BTM và các biến chứng liên quan đến chạy thận nhân tạo sau đó có biểu hiện rất khác nhau. Mối liên quan phức tạp giữa chức năng hô hấp và chức năng thận trong việc duy trì cân bằng nội môi nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận biết những thay đổi này. Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện sớm các biến chứng chủ yếu liên quan đến mất cân bằng dịch và chất tan, rối loạn chuyển hóa canxi-phốt phát,

suy giảm miễn dịch và các thủ thuật liên quan đến chạy thận nhân tạo. Việc thiết lập liệu pháp sớm và theo dõi đáp ứng điều trị cũng có thể được đánh giá đầy đủ, từ đó có thể cải thiện chất lượng cuộc sống cho những bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Fletcher BR, Damery S, Aiyegbusi OL, et al.** Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease: A global systematic review and meta-analysis. PLoS medicine. Apr 2022;19(4):e1003954. doi:10.1371/journal.pmed.1003954
- Tuyển ĐG.** Bệnh thận mạn và suy thận mạn tính: định nghĩa và chẩn đoán. Nhà xuất bản Y học; 2012.
- Kovelis D, Pitta F, Probst VS, et al.** Função pulmonar e força muscular respiratória em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2008;34
- Ta Bá Thắng.** Đánh giá chức năng hô hấp. Bệnh Hô Hấp (Dùng cho sau đại học). NXB Quân đội nhân dân Việt nam; 2012.
- Mallamaci F, Benedetto FA, Tripepi R, et al.** Detection of pulmonary congestion by chest ultrasound in dialysis patients. 2010;3(6):586-594.
- Anees M, Adhami SUZ, Aamer M, Shahid IJCPSP.** Pulmonary Functions in Patients with End Stage Renal Disease and their Effect after Hemodialysis. 2021;31:144-149.
- Das A, Naranje P, Bhalla AS, Das CJ.** Imaging of Pulmonary Manifestations in Chronic Kidney Disease: A Review. Indographics. 2023;2(02):095-108.
- Covic A, Siriopol D, Voroneanu LJAJoKD.** Use of lung ultrasound for the assessment of volume status in CKD. 2018;71(3):412-422.

MÔ HÌNH MẮC MỚI BỆNH UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI NĂM 2023

Thân Văn Thịnh¹, Nguyễn Thị Hoa¹, Hán Thị Bích Hợp¹

TÓM TẮT

Ung thư là bệnh lý phổ biến tại Việt Nam. Nghiên cứu về tình hình mắc mới bệnh ung thư sẽ đóng góp vào việc xây dựng chiến lược phòng chống ung thư quốc gia. **Mục tiêu:** Mô tả mô hình mắc mới bệnh ung thư tại bệnh viện Ung Bướu Hà Nội năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. Lấy mẫu toàn bộ theo tiêu chuẩn lựa chọn. **Kết quả và kết luận:** có 6.148 bệnh nhân được chẩn đoán mắc mới (với 6.197 ca bệnh ung thư, 46 bệnh nhân mắc 2-

3 bệnh ung thư). Các bệnh ung thư phổ biến gồm: ung thư tuyến giáp, phổi, vú, đại trực tràng, gan, thực quản, dạ dày, cổ tử cung, hạ họng và u lympho không Hodgkin. Nhóm tuổi gặp cao nhất là từ 60-69 tuổi. Tỷ lệ gặp giai đoạn I gặp cao nhất. Tuy nhiên khi phân tích không bao gồm ung thư tuyến giáp: giai đoạn IV gặp nhiều nhất, tiếp theo là giai đoạn III, II, I, 0. Như vậy, hiện nay trừ ung thư tuyến giáp, các bệnh ung thư thường gặp ít được chẩn đoán ở giai đoạn sớm.

Từ khóa: tỷ lệ mắc mới ung thư, giai đoạn ung thư, bệnh ung thư thường gặp

SUMMARY

THE NEW CASES OF CANCER IN HANOI ONCOLOGY HOSPITAL IN 2023

Cancer is a common disease in Vietnam. Research on the new cases of cancer will contribute to the development of the national cancer prevention

¹Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thân Văn Thịnh

Email: drthinhungbuou@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024