

TP vị trí thông sau). Khi đó, điều trị bảo tồn nhánh bên của túi nuôi dưỡng cho phần nhánh mạch bị thiếu sản là hết sức quan trọng. Nghiên cứu của Vũ Đăng Lưu (2012) thấy tỷ lệ thiếu sản/bất sản nhánh đối diện với các TP ở ĐM thông trước là 52,3%, ở vị trí ĐM thông sau là 12,9% [4]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ biến thể thấp hơn với 6 ca, chiếm 8,7%, trong đó bao gồm 4 trường hợp bất sản A1, và 2 trường hợp bất sản P1.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hình ảnh DSA ở 69 bệnh nhân phình động mạch não vỡ, chúng tôi nhận thấy:

- Kích thước túi phình hầu hết bé, với đường bờ thùy múi, không đều, có nút. Một tỉ lệ nhỏ có co thắt mạch mang và biến thể mạch máu.

- DSA có hiệu quả trong việc đánh giá tính chất túi phình, qua đó hỗ trợ định hướng tổ cho can thiệp cũng như xác nhận chẩn đoán

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J. L. Brisman, J. K. Song, D. W. Newell** (2006), "Cerebral aneurysms". *N Engl J Med*, 355(9), pp. 928-39.

2. **Zhao B. Zhong M., Li Z. and Tan X.** (2012), Ruptured cerebral aneurysms: An update, in *Explicative Cases of Controversial Issues in Neurosurgery*, Francesco Signorelli, Editor.
3. **Trần Anh Tuấn** (2015). Nghiên cứu điều trị phình động mạch não cổ rộng bằng phương pháp can thiệp nội mạch. Tiến sĩ, mã số: 62720166, Chẩn đoán hình ảnh, Đại học Y Hà Nội.
4. **Vũ Đăng Lưu, Phạm Minh Thông** (2012). Kết quả và theo dõi điều trị phình động mạch não vỡ bằng can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Bạch Mai. Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
5. **Y. Orz, M. AlYamany** (2015), "The impact of size and location on rupture of intracranial aneurysms". *Asian J Neurosurg*, 10(1), pp. 26-31.
6. **T. R. Forget, Jr., R. Benitez, E. Veznedaroglu, et al.** (2001), "A review of size and location of ruptured intracranial aneurysms". *Neurosurgery*, 49(6), pp. 1322-5; discussion 1325-6.
7. **Vũ Đăng Lưu, Trần Anh Tuấn, Phạm Minh Thông** (2012), "Kết quả ban đầu điều trị phình động mạch não phức tạp bằng stent điều chỉnh hướng dòng chảy". *Tạp chí Y học thực hành*, 884, pp. 275-282.
8. **Y. Kawabata, T. Nakazawa, S. Fukuda, et al.** (2017), "Endovascular embolization of branch-incorporated cerebral aneurysms". *Neuroradiol J*, 30(6), pp. 600-606.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU HOÁ XẠ TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN PHỔI GIAI ĐOẠN III BẰNG PHÁC ĐỒ CISPLATIN KẾT HỢP VỚI ETOPOSIDE HOẶC PEMETREXED

Nguyễn Thị Thái Hoà¹, Trịnh Thế Cường², Nguyễn Mai Lan³

TÓM TẮT

Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III điều trị căn bản là hoá xạ trị. Phác đồ hoá chất thường được sử dụng khi kết hợp với xạ trị là các phác đồ có platinum. Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ đáp ứng của 2 phác đồ Etoposide – Cisplatin và Pemetrexed – Cisplatin điều trị đồng thời với tia xạ cho ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn III. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu đánh giá tỷ lệ đáp ứng của 50 bệnh nhân điều trị phác đồ Etoposide – Cisplatin (EP) và 31 bệnh nhân điều trị phác đồ Pemetrexed – Cisplatin (PeC) đồng thời với tia xạ 3D cho ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn III không mổ được. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng của hoá xạ phác đồ

EP là 68%; phác đồ PeC là 54,8%. Giai đoạn IIIA-B và IIIC đáp ứng phác đồ PeC là 71,4% và 20%; phác đồ EP là 72,5% và 50%. Đáp ứng phác đồ PeC, nhóm tuổi trên và dưới 60 là 57% và phác đồ EP đáp ứng tương ứng là 57% và 53%. **Kết luận:** Tỷ lệ đáp ứng không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 phác đồ hoá trị

Từ khoá: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, hoá xạ trị đồng thời, phác đồ hoá chất

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF CHEMORADIATION THERAPY FOR STAGE III ADENOCARCINOMA NON – SMALL CELL LUNG CANCER BY CISPLATIN COMBINE WITH ETOPOSIDE OR PEMETREXED REGIMENT

Stage III non-small cell lung cancer, the basic treatment is chemotherapy and radiation. Chemotherapy regimens commonly used in combination with radiotherapy are platinum-based regimens. Objectives: To evaluate the response rate of 2 regimens Etoposide – Cisplatin (EP) and Pemetrexed – Cisplatin (PeC) concomitantly with radiation for stage III lung adenocarcinoma. **Subjects and methods:** A

¹Bệnh viện K,

²Bệnh viện E,

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thái Hoà

Email: bshoabvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2022

Ngày phản biên khoa học: 12.9.2022

Ngày duyệt bài: 22.9.2022

retrospective study evaluated the response rates of 50 patients treated with Etoposide - Cisplatin (EP) regimen and 31 patients treated with Pemetrexed - Cisplatin (PeC) regimen concurrently with 3D radiation for inoperable stage III lung adenocarcinoma.

Results: The response rate of EP chemotherapy was 68%; PemC regimen was 54.8%. Stage IIIA-B and IIIC response to PeC regimen were 71.4% and 20%; EP regimens are 72.5% and 50%. Response to PeC regimen, age group above and below 60 was 57% and EP regimen responded 57% and 53%, respectively.

Conclusion: The response rate was not statistically significant between the 2 chemotherapy regimens

Keywords: Non-small cell lung cancer, concurrent chemoradiotherapy, chemotherapy regimens

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn III là những trường hợp có tổn thương lan rộng tại vùng, chỉ định phẫu thuật hết sức cân nhắc ở một số ít trường hợp giai đoạn IIIA. Đối với các trường hợp giai đoạn III không mổ được, việc điều trị chủ yếu là tia xạ có kết hợp với hoá trị. Qua phân tích tổng hợp so sánh hóa xạ trị đồng thời và hóa xạ trị tuần tự trong UTPKTBN tiến triển tại chỗ của Auperin và cộng sự (2010) trên 1205 bệnh nhân, theo dõi trong 6 năm cho thấy lợi ích đáng kể của hóa xạ trị đồng thời so với hóa xạ trị tuần tự trong thời gian sống thêm với lợi ích tuyệt đối là 5,7% (từ 18,1% lên 23,8%) sau 3 năm và 4,5% sau 5 năm [1]. Thử nghiệm pha III của RTOG 9410 (2011) cho thấy thời gian sống thêm 5 năm của phác đồ hóa xạ đồng thời cao hơn có ý nghĩa thống kê so với hóa xạ tuần tự (15% và 16% ở hai nhánh đồng thời so với 10% ở nhánh hóa xạ tuần tự) [2]. Vì vậy, hóa xạ trị đồng thời được xem là liệu pháp điều trị chuẩn cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III không phẫu thuật được.

Hiện tại chưa có phác đồ hóa chất tối ưu kết hợp đồng thời với xạ trị cho UTPKTBN giai đoạn III không mổ được. Hai phác đồ hóa chất sử dụng phổ biến hiện nay là etoposide-cisplatin (EP) và paclitaxel-carboplatin (PC) hàng tuần. Nghiên cứu ngẫu nhiên pha III thực hiện trên 191 bệnh nhân, so sánh phác đồ EP với phác đồ PC kết hợp đồng thời xạ trị lồng ngực cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III. Kết quả, tỷ lệ sống thêm 3 năm ở nhánh EP cao hơn nhánh PC (41,1% so với 26%). Trung vị thời gian sống thêm là 23,3 tháng ở nhánh EP so với 20,7 tháng ở nhánh PC. Tỷ lệ viêm thực quản \geq độ 3 cao hơn ở nhánh EP (20% so với 6,3%). Tỷ lệ viêm phổi \geq độ 2 cao hơn ở nhóm PC (33,3% so với 18,9%). Tuy nhiên độc tính trên hệ huyết học ở hai nhánh đều cao [3].

UTPKTBN gồm 3 loại chính là ung thư biểu mô (UTBM) tuyến, UTBM vảy và UTBM tế bào lớn. Nghiên cứu PROCLAIM, một nghiên cứu ngẫu nhiên III thực hiện trên 598 bệnh nhân, so sánh phác đồ pemetrexed-cisplatin (PeC) với EP phổi hợp đồng thời xạ trị lồng ngực cho bệnh nhân UTPKTBN không vảy giai đoạn III. Kết thúc nghiên cứu, thời gian sống thêm toàn bộ không khác biệt ở nhánh điều trị PeC so với nhánh điều trị EP (26,8 tháng so với 25 tháng). Tuy nhiên, tác dụng không mong muốn độ 3-4 thấp hơn ở nhánh PeC so với EP (64% so với 76,8%), đặc biệt là tác dụng không mong muốn trên hệ huyết học. Vì vậy, HXTĐT với phác đồ PeC là một tiêu chuẩn mới điều trị bệnh nhân UTPKTBN không vảy giai đoạn III [4].

Tại Bệnh viện K, chúng tôi áp dụng điều trị hoá xạ trị đồng thời với phác đồ EP, PC và đối với ung thư biểu mô tuyến chúng tôi có thêm lựa chọn là phác đồ PeC. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Đánh giá tỷ lệ đáp ứng của 2 phác đồ Etoposide - Cisplatin và Pemetrexed - Cisplatin điều trị đồng thời với tia xạ cho ung thư biểu mô tuyến phổi giai đoạn III"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III không mổ được, điều trị hoá xạ trị tại bệnh viện K từ 1/2017 - 6/2020.

Tiêu chuẩn chọn:

- Chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IIIA không còn khả năng phẫu thuật hoặc từ chối phẫu thuật, giai đoạn IIIB, IIIC (AJCC/UICC 8).

- Tuổi từ trên 18 đến dưới 75 tuổi.
- Thể trạng chung tốt: PS từ 0-1 theo phân loại ECOG.

- Điều trị phác đồ EP hoặc PeC kết hợp đồng thời với xạ trị 3D

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu

- Chọn mẫu thuận tiện

- Phác đồ hoá trị, một trong 2 phác đồ sau:

Phác đồ 1: Cisplatin 50 mg/m² da, truyền tĩnh mạch ngày 1, 8, 29, 36; Etoposide 50mg/m² da, truyền tĩnh mạch ngày 1-5, 29-33.

Phác đồ 2: Pemetrexed 500mg/m², cisplatin 75mg/m² da, truyền tĩnh mạch ngày 1, chu kì 21 ngày

- Xạ trị trong nghiên cứu: xạ 3D

- Đánh giá đáp ứng: đánh giá sau kết thúc xạ 4 tuần, theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

2.3 Phân tích số liệu.

Số liệu thu thập

được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích, so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng test χ^2 , các trường hợp có tần số nhỏ hơn 5 sử dụng test Fisher's Exact Test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Dưới nhóm	Phác đồ EP		Phác đồ PeC	
		N	%	N	%
Tuổi	<60	36	72	18	58,1
	≥ 60	14	28	13	41,9
Giới	Nam	42	84	21	83,9
	Nữ	8	16	5	16,1
Giai đoạn	IIIA	22	44	5	16,1
	IIIB	18	36	16	51,6
	IIIC	10	20	10	32,2
Thể trạng	PS0	38	76	15	48,4
	PS1	12	24	16	51,6
Tổng		50	100	31	100

3.2 Đánh giá tỷ lệ đáp ứng của 2 phác đồ

Bảng 3.2. Đáp ứng điều trị

	EP (N/%)	PemC (N/%)
Đáp ứng hoàn toàn	1 (2%)	1 (3,2%)
Đáp ứng 1 phần	33 (66%)	16 (51,6%)
Bệnh ổn định	9 (18%)	11 (35,5%)
Bệnh tiến triển	7 (14%)	3 (9,7%)
Tổng	50 (100%)	31 (100%)

Nhận xét: tỷ lệ đáp ứng của hoá xạ phác đồ EP là 68%; phác đồ PemC là 54,8%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,233

3.3 Đánh giá đáp ứng theo giai đoạn bệnh

Bảng 3.3. Đáp ứng theo giai đoạn của phác đồ PeC

Giai đoạn TNM	Đáp ứng		Không đáp ứng		p (Fisher's exact test)
	n	%	n	%	
IIIA-B	15	71,4	6	28,6	0,018
IIIC	2	20	8	80	
Tổng	17		14		

Nhận xét: Giai đoạn IIIA-B đáp ứng 71,4% khác biệt có ý nghĩa so với đáp ứng của giai đoạn IIIC với p=0,007

Bảng 3.4. Đáp ứng theo giai đoạn của phác đồ EP

Giai đoạn TNM	Đáp ứng		Không đáp ứng		p (Chi square test)
	n	%	n	%	
IIIA-B	29	72,5	11	27,5	0,172
IIIC	5	50	5	50	
Tổng	34		16		

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng ở giai đoạn IIIA-B là 72,5%, giai đoạn IIIC là 50% (khác biệt không có ý nghĩa thống kê)

3.4 Đánh giá đáp ứng theo nhóm tuổi

Bảng 3.5. Đáp ứng theo nhóm tuổi của phác đồ PeC

Tuổi	Đáp ứng		Không đáp ứng		p (Chi square test)
	n	%	n	%	
< 60	9	53	8	47	0,815
≥ 60	8	57	6	43	
Tổng	17		14		

Nhận xét: Nhóm tuổi trên, dưới 60 có tỷ lệ đáp ứng tương ứng là 57% và 53%

Bảng 3.6. Đáp ứng theo nhóm tuổi của phác đồ EP

Tuổi	Đáp ứng		Không đáp ứng		P (Chi square test)
	n	%	n	%	
< 60	26	72,2	10	27,8	0,305
>= 60	8	57	6	43	
Tổng	24		16		

Nhận xét: Nhóm tuổi trên, dưới 60 có tỷ lệ đáp ứng tương ứng là 57% và 72,2%; khác biệt không có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.7. So sánh đáp ứng trên bệnh nhân dưới 60 tuổi

	EP (%)	PemC (%)	P (Chi square test)
Đáp ứng	26 (72,2)	9 (53)	0,167
Không đáp ứng	10 (17,8)	8 (47)	
Tổng	36 (100)	17 (100)	

Nhận xét: ở nhóm tuổi dưới 60 tỷ lệ đáp ứng của 2 phác đồ không khác biệt có ý nghĩa thống kê

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù có nhiều tiến bộ trong thời gian gần đây về điều trị UTPKTBN nhưng hầu hết tập trung vào giai đoạn di căn. Điều trị UTPKTBN giai đoạn III căn bản vẫn là kết hợp hoá – xạ trị. Các phương pháp xạ trị tiên tiến giúp giảm tập trung liều vào cơ quan lân cận, giảm tác dụng không mong muốn, cũng một phần làm tăng hiệu quả của điều trị. Các phác đồ hoá trị khi kết hợp đồng thời với tia xạ là các phác đồ bộ đội có platinum. Hiện tại chưa có phác đồ hóa chất tối ưu kết hợp đồng thời với xạ trị cho UTPKTBN giai đoạn III không mổ được. Nghiên cứu ngẫu nhiên pha III thực hiện trên 191 bệnh nhân, so sánh phác đồ EP với phác đồ PC kết hợp đồng thời xạ trị lồng ngực cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III. Kết quả, tỷ lệ sống thêm 3 năm ở nhánh EP cao hơn nhánh PC (41,1% so với 26%). Trung vị thời gian sống thêm là 23,3 tháng ở nhánh EP so với 20,7 tháng ở nhánh PC. Tỷ lệ viêm thực quản \geq độ 3 cao hơn ở nhánh EP (20% so với 6,3%) [3]. Phác đồ EP cũng được đánh giá trong nghiên cứu của Trần Mai Phương, ghi nhận đáp ứng một phần là 55,3%; bệnh giữ nguyên là 39,5% và 5,2% bệnh tiến triển [5]. Đối với ung thư loại không tế bào vảy, nghiên cứu PROCLAIM đã so sánh đối đầu 2 phác đồ EP và PeC khi kết hợp đồng thời với xạ trị cho giai đoạn III. Kết quả của nghiên cứu cho thấy không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm giữa hai phác đồ này [4]. Đánh giá trên nhóm bệnh nhân châu Á của nghiên cứu này cũng cho thấy kết quả tương tự. Tỷ lệ đáp ứng của phác đồ PeC là 47,7%, EP là 34%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,167$ [6]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đáp ứng khá cao ở cả hai nhóm phác đồ, với 54,8% ở phác đồ PeC và 68% ở phác đồ EP, có lẽ một phần bởi tuyến bệnh hoàn toàn là ung thư biểu mô tuyến. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hai

phác đồ này cũng không khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đáp ứng. Cả hai phác đồ đều có đáp ứng tốt ở nhóm tuổi trên 60 hoặc dưới 60. Giai đoạn bệnh luôn là yếu tố tiên lượng xấu, những bệnh nhân ở giai đoạn IIIC có đáp ứng kém hơn so với giai đoạn IIIA-B. Phác đồ EP có tỷ lệ đáp ứng ở giai đoạn IIIA-B và IIIC là lượt là 72,5% và 50% ($p=0,172$). Phác đồ PeC có tỷ lệ đáp ứng ở giai đoạn IIIC rất thấp là 20% so với giai đoạn IIIA-B là 71,4%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,018$

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị UTPKTBN giai đoạn III không mổ được bằng hoá xạ trị đồng thời phác đồ EP và PeC tại Bệnh viện K, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- tỷ lệ đáp ứng của hoá xạ phác đồ EP là 68%; phác đồ PemC là 54,8%
- Giai đoạn IIIA-B đáp ứng phác đồ PemC 71,4% khác biệt có ý nghĩa so với đáp ứng của giai đoạn IIIC (20%) với $p=0,007$
- Phác đồ EP: Tỷ lệ đáp ứng ở giai đoạn IIIA-B là 72,5%, giai đoạn IIIC là 50% (khác biệt không có ý nghĩa thống kê)
- Phác đồ PeC, nhóm tuổi trên và dưới 60 có tỷ lệ đáp ứng tương ứng là 57% và 53%
- Phác đồ EP, nhóm tuổi trên và dưới 60 có tỷ lệ đáp ứng tương ứng là 57% và 53%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aupérin A, Le Péchoux C, Rolland E, et al.** Meta-analysis of concomitant versus sequential radiochemotherapy in locally advanced non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol.* 2010;28(13):2181-2190. doi:10.1200/JCO.2009.26.2543
2. **Curran WJ, Paulus R, Langer CJ, et al.** Sequential vs Concurrent Chemoradiation for Stage III Non-Small Cell Lung Cancer: Randomized Phase III Trial RTOG 9410. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(19):1452-1460. doi:10.1093/jnci/djr325
3. **Liang J, Bi N, Wu S, et al.** Etoposide and cisplatin versus paclitaxel and carboplatin with concurrent thoracic radiotherapy in unresectable

- stage III non-small cell lung cancer: a multicenter randomized phase III trial. *Ann Oncol.* 2017;28(4):777-783. doi:10.1093/annonc/mdx009
4. **Senan S, Brade A, Wang L, et al.** PROCLAIM: Randomized Phase III Trial of Pemetrexed-Cisplatin or Etoposide-Cisplatin Plus Thoracic Radiation Therapy Followed by Consolidation Chemotherapy in Locally Advanced Nonsquamous Non-Small-Cell Lung Cancer. *J Clin Oncol.* 2016;34(9):953-962. doi:10.1200/JCO.2015.64.8824
5. **Trần Mai Phương.** Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB tại bệnh viện K. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội. 2009.
6. **Wang L, Wu YL, Lu S, et al.** An East Asian subgroup analysis of PROCLAIM, a phase III trial of pemetrexed and cisplatin or etoposide and cisplatin plus thoracic radiation therapy followed by consolidation chemotherapy in locally advanced nonsquamous non-small cell lung cancer. *Asia Pac J Clin Oncol.* 2016 Dec;12(4):380-387. doi: 10.1111/ajco.12513. Epub 2016 Jun 17. PMID: 27312514

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA TỔN THƯƠNG THẬN CẤP VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ Ở NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Bùi Thị Thu Hà*, Phạm Thái Dũng**

PROVINCE GENERAL HOSPITAL

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá mối liên quan giữa tổn thương thận cấp với một số yếu tố nguy cơ ở người bệnh điều trị tại khoa hồi sức tích cực. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 273 bệnh nhân điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 10/2021 đến tháng 6/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của bệnh nhân có tổn thương thận cấp cao hơn bệnh nhân không có tổn thương thận cấp ($58,61 \pm 17,88$ so với $52,28 \pm 18,37$, $p < 0,05$). Yếu tố nguy cơ làm xuất hiện tổn thương thận cấp là: Tuổi cao ≥ 65 tuổi; SOFA nhập viện > 15 , Tiêu cơ vân, Huyết áp trung bình nhập viện < 65 mmHg, CVP thấp < 8 cm H₂O với OR(CI 95%) lần lượt là 18,28 (3,09 - 52,77), 8,49 (0,98 - 97,61), 2,10 (1,12-3,91), 8,23 (3,56 - 39,01), 5,49 (1,98 - 24,19), $p < 0,05$. **Kết luận:** Các yếu tố nguy cơ có khả năng làm tăng nguy cơ mắc TTTC và tăng tỷ lệ tử vong ở người bệnh điều trị tại khoa HSTC gồm: Tuổi ≥ 65 tuổi, điểm SOFA Nhập viện > 15 điểm, có tiêu cơ vân, sốc, HATB < 65 mmHg, CVP nhập viện thấp dưới 8cm H₂O, lượng HST < 90 g/L. Các yếu tố nguy cơ này có giá trị trong việc tiên lượng tử vong ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực.

Từ khóa: Tổn thương thận cấp; Yếu tố nguy cơ

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ACUTE KIDNEY INJURY WITH SOME RISK FACTORS OF PATIENTS TREATED IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF PHU THO

*Bệnh viện đa khoa Tỉnh Phú Thọ

**Học viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thu Hà

Email: Hanhbongpro@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2022

Ngày duyệt bài: 26.9.2022

Objective: Evaluation of the relationship between acute kidney injury and some risk factors in patients treated in the intensive care unit. **Subjects and methods:** A prospective, descriptive, longitudinal study on 273 patients treated at the ICU of Phu Tho Provincial General Hospital from October 2021 to June 2022. **Results:** The mean age of patients with acute kidney injury was higher than that of patients without acute kidney injury (58.61 ± 17.88 versus 52.28 ± 18.37 , $p < 0.05$). Elderly patients ≥ 65 years old had a 10.34 times higher risk of developing acute kidney injury compared with patients under 65 years old (95% confidence interval: 1.98 - 39.22 with $p < 0.05$). Patients with SOFA scores above 15 at the time of admission have a higher risk of acute kidney injury than patients with SOFA scores below 15, which is 7.87 times ($p < 0.05$). Patients with rhabdomyolysis have a 2.45 times higher risk of acute kidney injury than patients without rhabdomyolysis ($p < 0.05$). Patients with shock, MAP < 65 mmHg, CVP < 8 cm H₂O at the time hospitalized have a higher risk of acute kidney injury than the rest of the subjects, respectively, 4.41; 5.01 and 8.27 times, the difference is statistically significant ($p < 0.05$). Patients with hemoglobin less than 90 g/L at the time of admission have a higher risk of acute kidney injury. patients with HST ≥ 90 g/L 7.02 times ($p < 0.05$). Patients with acute kidney injury have a 4.14 times higher risk of death than patients without acute kidney injury (95% CI: 1.38 - 16.2 with $p < 0.05$). **Conclusion:** Risk factors that made increase the risk of morbidity and prevalence are: Age ≥ 65 years, SOFA score > 15 points, rhabdomyolysis, SBP < 65 mmHg, CVP less than 8cm H₂O, HST amount < 90 g/L is valuable for predicting mortality in patients treated in ICU.

Keywords: Acute kidney injury - AKI; Risk Factor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thận cấp (AKI) là một hội chứng thường gặp trong Hồi sức cấp cứu với tỷ lệ mắc