

của AlOmar khi sinh viên cho rằng: lo lắng cho sức khỏe (hơn 75%) và lo sợ thiếu kiến thức về COVID-19 (hơn 70%) là rào cản khi quyết định có sẵn sàng tham gia tình nguyện chống dịch hay không [3]. Trong số sinh viên trả lời chưa sẵn sàng tham gia, có 52,2% băn khoăn vì hoàn cảnh kinh tế khó khăn (phải làm thêm kiếm tiền phụ giúp cha mẹ), có người thân ốm đau, neo đơn, việc phải xa nhà một khoảng thời gian để chống dịch là một quyết định rất khó khăn. Đây là điều mà các tổ chức, nhà trường, các đơn vị và các nhà xây dựng chính sách cần quan tâm, có những giải pháp hỗ trợ để sinh viên yên tâm học tập và tích cực tham gia các hoạt động đóng góp cho cộng đồng, xã hội.

## V. KẾT LUẬN

Có một tỷ lệ rất cao (73,6%) sinh viên năm thứ 5 ngành bác sĩ Y khoa sẵn sàng tham gia tình nguyện phòng, chống dịch COVID-19 khi được đáp ứng các điều kiện cần thiết.

Vinh dự được đóng góp cho xã hội (97,8%); Lòng yêu nước, trách nhiệm với cộng đồng (96,9%); Sự đồng cảm, yêu thương người bệnh (95%); Được khen thưởng, hỗ trợ về kinh phí (96,9%) là những động lực thúc đẩy sự sẵn sàng tình nguyện. Những khó khăn, rào cản khiến các em phân vân, chưa sẵn sàng tham gia chủ yếu liên quan đến vấn đề học tập, sức khỏe cũng như thiếu kiến thức, kỹ năng làm việc. Việc hiểu được những động lực cũng như rào cản này sẽ giúp cho việc đề xuất các chính sách cụ thể

nhằm cung cấp các điều kiện tốt nhất để sinh viên yên tâm hoàn thành nhiệm vụ được giao cũng như khuyến khích được đông đảo thanh niên, sinh viên tham gia hoạt động phòng, chống dịch COVID-19 và các tình huống khẩn cấp trong tương lai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Karki P., Budhathoki L., Khadka M. và cộng sự.** (2021). Willingness of Nepalese medical and nursing students to volunteer during COVID-19 pandemic: A single-centered cross-sectional study. *Ann Med Surg (Lond)*, 72, 103056.
2. **Adejimi A.A., Odugbemi B.A., Odukoya O.O. và cộng sự.** (2021). Volunteering during the COVID-19 pandemic: Attitudes and perceptions of clinical medical and dental students in Lagos, Nigeria. *Niger Postgrad Med J*, 28(1), 1–13.
3. **AlOmar R.S., AlShamlan N.A., AlAmer N.A. và cộng sự.** (2021). What are the barriers and facilitators of volunteering among healthcare students during the COVID-19 pandemic? A Saudi-based cross-sectional study. *BMJ Open*, 11(2), e042910.
4. **Tran V.D., Pham D.T., Dao T.N.P. và cộng sự.** (2022). Willingness of Healthcare Students in Vietnam to Volunteer During the COVID-19 Pandemic. *J Community Health*, 47(1), 108–117.
5. **Byrne M.H.V., Ashcroft J., Alexander L. và cộng sự.** (2021). Systematic review of medical student willingness to volunteer and preparedness for pandemics and disasters. *Emerg Med J*, emermed-2020-211052.
6. **Mühlbauer L., Huber J., Fischer M.R. và cộng sự.** (2021). Medical students' engagement in the context of the SARS-CoV-2 pandemic: The influence of psychological factors on readiness to volunteer. *GMS J Med Educ*, 38(6), Doc110.

## ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN CẤP Ở BỆNH NHÂN SAU CHỤP VÀ CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Hoàng Văn Tú<sup>1</sup>, Nguyễn Tiến Dũng<sup>2</sup>, Nguyễn Quang Toàn<sup>2</sup>, Đặng Đức Minh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm tổn thương thận cấp (TTTC) và mối liên giữa một số yếu tố với tổn thương thận cấp ở bệnh nhân được chụp và can thiệp động mạch vành qua da. **Đối tượng:** 127 bệnh nhân được chụp, can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện

Trung ương Thái Nguyên từ tháng 09/2021 tới tháng 09/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân 68,0 ± 10,9 tuổi, nam giới chiếm 61,4%. Suy thận chiếm 36,2%, đái tháo đường 28,3%, thiếu máu 29,9%, suy tim 40,9%. Mức creatinin trung bình trước thủ thuật 101,1 ± 42,3 μmol/l. Thể tích cản quang trung bình được dùng 216,0 ± 86,2 ml, 21,3% bệnh nhân được dùng thể tích cản quang vượt quá thể tích cản quang tối đa cho phép (MACD). 29/127 bệnh nhân (chiếm 22,8%) có tổn thương thận cấp sau thủ thuật chụp và can thiệp động mạch vành qua da, trong đó giai đoạn 1 là 18,9%, giai đoạn 2 là 3,9%. 9 bệnh nhân (7,1%) tử vong nội viện. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy có nhiều yếu tố làm gia tăng nguy cơ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sau chụp và can thiệp

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Thái nguyên

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Dũng

Email: dung.nt@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.11.2022

Ngày phân biên khoa học: 13.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023

động mạch vành: Đái tháo đường, suy thận, suy tim, thể tích cản quang > MACD,  $\geq 75$  tuổi. Thể tích cản quang đã dùng vượt quá MACD là yếu tố gia tăng nguy cơ cao nhất tổn thương thận cấp (OR 21,39; 95% CI: 7,46 – 61,28;  $p < 0,05$ ). TTTC có liên quan tới gia tăng nguy cơ tử vong nội viện sau PCI (OR 36,95; 95%CI 4,38 – 311,5;  $p < 0,0001$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ tổn thương thận cấp sau thủ thuật chụp và can thiệp động mạch vành còn cao. Đái tháo đường, suy tim, suy thận, thiếu máu, thể tích cản quang được dùng vượt quá MACD,  $\geq 75$  tuổi làm gia tăng TTTC sau PCI. TTTC có liên quan tới gia tăng có ý nghĩa nguy cơ tử vong nội viện.

**Từ khóa:** Tổn thương thận cấp, Tổn thương thận cấp do thuốc cản quang.

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF ACUTE KIDNEY INJURY IN PATIENTS UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION AT THE THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objective** To describe the characteristics of acute kidney injury (AKI) and the association between some factors and acute kidney injury in patient undergoing percutaneous coronary intervention (PCI).

**Subjects:** 127 patients undergoing percutaneous coronary intervention at Thai Nguyen national hospital from September 2021 to September 2022. **Method:** Cross-sectional description. **Result:** The average age of the patients was  $68.0 \pm 10.9$  years old, the males was 61.4%. Renal failure 36.2%, diabetes mellitus 28.3%, anemia 29.9%, heart failure 40.9%. The median serum creatinin value post percutaneous coronary intervention (PCI) was  $101.1 \pm 42.3$   $\mu\text{mol/l}$ , 21.3% of patients were received contrast media in volumes exceeding the maximal allowable contrast dose (MACD). 29/127 patients (22.9%) developed acute kidney injury after PCI, AKI stage 1 was 18.9%, AKI stage 2 was 3.9%. 9 patients (7.1%) died during hospitalization. In this study we figured many factors increased risk of AKI in patients undergoing PCI: Diabetes mellitus, renal failure, heart failure, contrast volume > MACD,  $\geq 75$  years old. The volume of contrast was used exceed MACD is the highest risk factor that increased risk of AKI (OR 21.39; 95% CI: 7.46 – 61.28;  $p < 0.05$ ). AKI was associated with a significantly increased odds of death in hospital (OR 36.95; 95%CI 4.38 – 311.5;  $p < 0.0001$ ). **Conclusion:** The rate of acute kidney injury after percutaneous coronary intervention is still high. Diabetes mellitus, heart failure, renal failure, anemia, contrast volume exceed MACD associated with increased risk of AKI after PCI. AKI was associated with a significantly increased odds of death in hospital.

**Keywords:** acute kidney injury, Contrast-induced acute kidney injury.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chụp và can thiệp động mạch vành qua da hiện nay là phương pháp được sử dụng nhiều trong chẩn đoán và điều trị các bệnh động mạch

vành, đặc biệt trong nhồi máu cơ tim cấp. Tuy nhiên thường xảy ra tình trạng tổn thương thận cấp (AKI) thường hay xảy ra với biểu hiện suy giảm nhanh chóng mức lọc cầu thận sau thủ thuật. Khi có tổn thương thận cấp xảy ra kéo dài theo nhiều gánh nặng cho bệnh nhân: kéo dài thời gian nằm viện, gia tăng chi phí, gia tăng nguy cơ xảy ra các biến cố: chảy máu, tái nhồi máu cơ tim, đột quỵ, thận nhân tạo, rối loạn nhịp tim, sốc,... Tỷ lệ tổn thương thận cấp sau chụp và can thiệp động mạch vành được báo cáo với rất nhiều nghiên cứu khác nhau, tỷ lệ thay đổi từ 3,0% tới 19,0% [7]. Tuy nhiên, mỗi nghiên cứu thường được thực hiện ở các đối tượng được phân nhóm bệnh nhất định: Nhồi máu cơ tim ST chênh lên, hội chứng vành cấp, nhồi máu cơ tim cấp có ngừng tim,... Và có sự khác nhau về tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương thận cấp ở các nghiên cứu. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "*Đặc điểm tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sau chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*" với mục tiêu:

Mô tả đặc điểm tổn thương thận cấp và mối liên hệ giữa một số yếu tố với tổn thương thận cấp ở bệnh nhân được chụp và can thiệp động mạch vành qua da.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu.

127 bệnh nhân có được chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 09/2021 – 09/2022.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Phương pháp thu thập số liệu: Tiến cứu 127 bệnh nhân từ tháng 9/2021 tới tháng 9/2022.

- Thiết kế nghiên cứu: Chọn mẫu có chủ đích.

- Địa điểm: Khoa Nội Tim mạch – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

### 2.2.2. Nội dung nghiên cứu

\*Mục tiêu và biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

+ Lâm sàng: Giới, tuổi, đái tháo đường, suy thận, suy tim, thiếu máu, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, thể tích cản quang được dùng, số ngày nằm viện.

+ Tỷ lệ tổn thương thận cấp.

+ Cận lâm sàng: Troponin I, NT-pro BNP, Hemoglobin (HGB), EF, creatinin.

- Mối liên hệ giữa một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng với tổn thương thận cấp.

- Mỗi liên quan giữa tổn thương thận cấp và biến cố tử vong nội viện.

**2.3. Xử lý số liệu.** Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.4. Đạo đức trong nghiên cứu.** Đề tài đã được thông qua Hội đồng Y đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu, 127 bệnh nhân được chụp và can thiệp động mạch vành qua da, chúng tôi thu được kết quả sau:

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu**

Chỉ số nghiên cứu	Giá trị ( $\bar{x} \pm SD$ ) hoặc n (%)
Nam	78 (61,4%)
Tuổi	68,0 $\pm$ 10,9
Tăng huyết áp	105 (82,7%)
Đái tháo đường	36 (28,3%)
Suy tim	52 (40,9%)
Thiếu máu	38 (29,9%)
Rối loạn lipid máu	98 (77,2%)
Creatinin trước thủ thuật	101,1 $\pm$ 42,3
Troponin I	7,84 $\pm$ 14,00
NT-pro BNP	5644,19 $\pm$ 8999,12
EF	56,38 $\pm$ 14,54
HGB	133,07 $\pm$ 18,39
Thể tích cản quang thực dùng	216,02 $\pm$ 86,22
Số ngày nằm viện (ngày)	6,73 $\pm$ 3,37

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 68,0  $\pm$  10,9 tuổi, tỷ lệ nam giới chiếm nhiều hơn (61,4%). Các bệnh nhân có tăng huyết áp trước thủ thuật chiếm tỷ lệ rất lớn (82,7%), tỷ lệ suy tim cũng khá nhiều (40,9%). Mức creatinin huyết thanh trước khi thực hiện thủ thuật khá cao (101,1  $\pm$  42,3  $\mu$ mol/l). Quá trình điều trị bệnh nhân trung bình khoảng 7 ngày.

**Bảng 2. Đặc điểm tổn thương thận cấp ở đối tượng nghiên cứu**

Chỉ số nghiên cứu	n (%)
Tổn thương thận cấp	29 (22,8%)
Tổn thương thận cấp giai đoạn 1	24 (18,9%)
Tổn thương thận cấp giai đoạn 2	5 (3,9%)
Tổn thương thận cấp giai đoạn 3	0 (0,0%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ tổn thương thận cấp sau chụp và can thiệp động mạch vành còn cao. Trong đó chủ yếu là TTTC giai đoạn 1 (24/29 bệnh nhân, chiếm 18,9% trong tổng số đối tượng nghiên cứu), không có bệnh nhân nào có biểu hiện TTTC giai đoạn 3.

**Bảng 3. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với tổn thương thận cấp**

Chỉ số nghiên cứu	OR	95% CI	p
> MACD	21,38	7,46 – 61,28	0,000
Suy thận	10,24	3,95 – 26,50	0,000
$\geq 75$ tuổi	5,47	2,24 – 13,36	0,003
Thiếu máu	5,19	2,15 – 12,56	0,000
Suy tim	4,58	1,88 – 11,19	0,000
Đái tháo đường	2,65	1,11 – 6,31	0,025
Tăng huyết áp	1,28	0,57 – 7,62	0,258
Rối loạn lipid máu	2,14	0,68 – 6,75	0,187
EF < 40%	1,86	0,45 – 7,72	0,410

**Nhận xét:** Có nhiều yếu tố nguy cơ gây tổn thương thận cấp sau chụp và can thiệp mạch vành qua da. Thể tích cản quang thực dùng vượt quá thể tích cản quang tối đa cho phép là yếu tố nguy cơ gia tăng nguy cơ TTTC cao nhất (OR 21,38; 95%CI 7,46 – 61,28;  $p < 0,0001$ ). Ngoài ra còn các yếu tố: Suy tim, suy thận, đái tháo đường, tuổi từ 75 trở lên, thiếu máu cũng làm gia tăng nguy cơ AKI ( $p < 0,05$ ). Những bệnh nhân có tăng huyết áp, phân suất tống máu thất trái < 40% và rối loạn lipid máu kèm theo làm gia tăng nguy cơ tiến triển AKI nhiều hơn nhưng chưa có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 4: Mối liên quan giữa tổn thương thận cấp và tử vong nội viện**

	Tổn thương thận cấp (n = 29)	Không có tổn thương thận cấp (n = 98)	OR (CI 95%)	p
Tử vong	8 (27,6%)	1 (1,0%)	36,95 (4,38 – 311,5)	0,000
Khỏi	21 (72,4%)	97 (99,0%)		

**Nhận xét:** Các bệnh nhân có tổn thương thận cấp sau chụp và can thiệp động mạch vành qua da gia tăng nguy cơ tử vong nội viện rất cao (OR 36,95; 95% CI 4,38 – 311,5,  $p < 0,0001$ ).

### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nghiên cứu 127 bệnh nhân được chụp và can thiệp động mạch vành qua da. Tuổi trung bình ở đối tượng nghiên cứu là 68,0  $\pm$  10,9 tuổi. Đây là độ tuổi khá cao phù hợp dịch tễ bệnh động mạch vành. Độ tuổi này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Kim Linh: 67,0  $\pm$  11,2 tuổi [1]. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (61,4% so với 38,6%). Các nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ nam giới cao hơn: Hoàng Kim Linh: 70,75% [1], Lorenzo Azzalini 81,0% [3]. Phần lớn các bệnh nhân đều có tăng huyết áp (82,7%) và rối loạn lipid máu (77,2%), suy tim cũng chiếm tỷ lệ khá cao 40,9%, Khi so sánh với

các nghiên cứu khác, chúng tôi thấy tỉ lệ suy tim của chúng tôi cao hơn nhiều. Nghiên cứu của Jin Wi và cộng sự cho kết quả: Đái tháo đường chiếm 26,0%, suy thận chiếm 36,0%, thiếu máu chiếm 20,0% [8], hay nghiên cứu của Roxana Mehran: đái tháo đường 30,7%, thiếu máu 25,8%, suy thận 26,4%, tuy nhiên tỷ lệ suy tim rất thấp chỉ 6,0% [5] kết quả này thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi.

Mức creatinin nền trong nghiên cứu của chúng tôi là  $101,1 \pm 42,3 \mu\text{mol/l}$ , là mức creatinin khá cao dẫn tới mức lọc cầu thận ước tính thấp trước khi đi vào thủ thuật. Đây là một nguy cơ cao trong tiến triển AKI sau thủ thuật. Mức creatinin nền này cao hơn mức creatinin của các nghiên cứu Jin Wi và cộng sự là  $93,7 \pm 36,2 \mu\text{mol/l}$  [8], Roxana Mehran là  $99,0 \pm 46,0 \mu\text{mol/l}$  [5]. Thể tích thuốc cản quang trung bình là  $216,0 \pm 86,2 \text{ ml}$ . Thể tích này lớn hơn thể tích trong nghiên cứu của Hoàng Kim Linh:  $166 \pm 71,6 \text{ ml}$  [1], cũng cao hơn kết quả nghiên cứu của Thomas T. Tsai là  $185 \text{ ml}$  ( $140 - 250$ ) [7], và nghiên cứu của Wen-hua Li là  $176,2 \pm 47,9 \text{ ml}$  [4]. Tuy nhiên thấp hơn lượng cản quang trong nghiên cứu của Roxana Mehran và cộng sự:  $260,9 \pm 122 \text{ ml}$ , tương đồng với nghiên cứu của Jin Wi là  $219 \pm 72 \text{ ml}$  [8]

**4.2. Đặc điểm tổn thương thận cấp.** Tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương thận cấp là tăng  $\geq 26,5 \mu\text{mol/l}$  trong vòng 48 giờ sau thực hiện thủ thuật. Tỷ lệ TTTC ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều nghiên cứu khác. Với cùng tiêu chuẩn chẩn đoán TTTC, các nghiên cứu khác có kết quả thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi: Thomas T Tsai và cộng sự là 7,1% (so với 22,9%) [7]. So với các nghiên cứu khác dùng tiêu chuẩn chẩn đoán AKI cao hơn (tăng creatinin huyết thanh  $\geq 44,2 \mu\text{mol/l}$  trong vòng 48 giờ sau thủ thuật) chúng tôi thấy rằng tỷ lệ tổn thương thận cấp của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu: Hoàng Kim Linh (18,6%) [1], Jin Wi và cộng sự (14,2%) [8], đặc biệt kết quả nghiên cứu của Wen-hua Li tỷ lệ TTTC chỉ 3,1% [4], có lẽ do nghiên cứu chúng tôi, tất cả các bệnh nhân không được truyền dịch đẳng trương thường quy trước khi thực hiện thủ thuật và sau khi thực hiện thủ thuật xong. Trong số các bệnh nhân có TTTC, chủ yếu trong giai đoạn 1 (25/29 bệnh nhân), chỉ có 4/29 bệnh nhân giai đoạn 2 và không có bệnh nhân nào TTTC giai đoạn 3.

#### **4.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với tổn thương thận cấp**

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả: có nhiều yếu tố làm gia tăng nguy cơ TTTC sau thủ

thuật. Thể tích cản quang thực dùng trong thủ thuật vượt quá MACD gia tăng biến cố TTTC lớn nhất (OR 21,38, 95%CI: 7,46 - 51,28 với  $p < 0,0001$ ). Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương đồng. Joe Aoun và cộng sự đã tổng hợp hàng loạt các nghiên cứu đều cho kết quả: các bệnh nhân dùng thể tích cản quang vượt quá MACD có nguy cơ tiến triển TTTC rất lớn sau thủ thuật: Freeman và cộng sự: 2,4% so với 0,2%, Moscucci và cộng sự: 45% so với 13%, Brown và cộng sự: 15,3% so với 5,9%, Ogata và cộng sự: 23,0% so với 11,0%, Raposeiras Roubin và cộng sự: 36,1% so với 3,6% [2]. Các yếu tố lâm sàng: Suy thận, đái tháo đường, suy tim, thiếu máu cũng làm gia tăng nguy cơ TTTC. Trong đó, suy thận gây gia tăng nguy cơ TTTC nhiều nhất. Với mức ý nghĩa  $p < 0,0001$ , Roxana Mehran thấy rằng, suy thận cũng làm gia tăng nguy cơ TTTC nhiều nhất (OR 2,89; 95%CI: 2,32-3,59), sau đó tới suy tim (OR 2,68; 95%CI: 2,09 - 3,44), đái tháo đường (OR 1,73; 95%CI: 1,48 - 2,02) [5]. Rối loạn chuyển hóa lipid và tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao trong đối tượng nghiên cứu làm gia tăng biến cố TTTC nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**4.4. Liên quan giữa tổn thương thận cấp và biến cố tử vong nội viện.** Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy các bệnh nhân có TTTC có nguy cơ tử vong gấp 36,95 lần so với các bệnh nhân không có TTTC (95% CI: 4,38 – 311,5;  $p < 0,0001$ ). Như vậy, cần theo dõi và phát hiện TTTC sau thủ thuật chụp và can thiệp mạch vành, điều trị kịp thời nếu TTTC xảy ra, giảm tỷ lệ biến cố tử vong cho bệnh nhân. Khi so sánh kết quả với các nghiên cứu khác, chúng tôi thấy rằng TTTC đều làm gia tăng nguy cơ tử vong nội viện. Theo tác giả Hoàng Kim Linh, bệnh nhân có biểu hiện TTTC gia tăng nguy cơ tử vong 18,6 lần (95%CI: 5,02 - 69,6;  $p < 0,05$ ) so với nhóm bệnh nhân còn lại, thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi [1], kết quả nghiên cứu của tác giả Thomas Tsai và cộng sự cũng tương tự (OR: 3,68; 95%CI: 3,49 - 3,88) [7]. Trong nghiên cứu của Charanjit S. Rihal và cộng sự, có 56/254 bệnh nhân có suy thận cấp sau chụp và can thiệp động mạch vành có kết cục tử vong so với 103/7332 bệnh nhân không có suy thận cấp nhưng có kết cục này, với mức ý nghĩa  $p < 0,0001$  suy thận cấp làm gia tăng nguy cơ tử vong so với không có suy thận cấp có ý nghĩa thống kê [6].

#### **V. KẾT LUẬN**

- Tỷ lệ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sau chụp và can thiệp động mạch vành còn cao.

- Đái tháo đường, suy thận, suy tim, thiếu máu, tuổi từ 75 tuổi trở lên, thể tích cản quang vượt quá MACD đều làm gia tăng nguy cơ TTTC sau thủ thuật PCI.

- Bệnh nhân TTTC có nguy cơ tử vong nội viện cao hơn so với các bệnh nhân không TTTC.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Kim Linh** (2015), "Giá trị thang điểm AGEF trong dự báo bệnh thận do thuốc cản quang sau can thiệp động mạch vành", Luận văn thạc sĩ y học. Đại học y Hà Nội.
2. **Joe Aoun, et al.** (2018), "Maximum allowable contrast dose and prevention of acute kidney injury following cardiovascular procedures", Current opinion in nephrology and hypertension. 27(2), p. 121.
3. **Lorenzo Azzalini, et al.** (2018), "Incidence of contrast-induced acute kidney injury in a large cohort of all-comers undergoing percutaneous coronary intervention: Comparison of five contrast media", International Journal of Cardiology. 273, pp. 69-73.
4. **Wen-hua Li, et al.** (2013), "Impact of anemia on contrast-induced nephropathy (CIN) in patients undergoing percutaneous coronary interventions", International Urology and Nephrology. 45(4), pp. 1065-1070.
5. **Roxana Mehran, et al.** (2004), "A simple risk score for prediction of contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary intervention: development and initial validation", Journal of the American College of Cardiology. 44(7), pp. 1393-1399.
6. **Charanjit S Rihal, et al.** (2002), "Incidence and prognostic importance of acute renal failure after percutaneous coronary intervention", circulation. 105(19), pp. 2259-2264.
7. **Thomas T Tsai, et al.** (2014), "Contemporary incidence, predictors, and outcomes of acute kidney injury in patients undergoing percutaneous coronary interventions: insights from the NCDR Cath-PCI registry", JACC: Cardiovascular Interventions. 7(1), pp. 1-9.
8. **Jin Wi, et al.** (2013), "Prediction of contrast-induced nephropathy with persistent renal dysfunction and adverse long-term outcomes in patients with acute myocardial infarction using the Mehran Risk Score", Clinical cardiology. 36(1), pp. 46-53.

## U BAO R THẦN KINH CỘT SỐNG TẠI TRUNG THẤT SAU - BÁO CÁO CA BỆNH VÀ XEM XÉT TÀI LIỆU LIÊN QUAN

Cung Văn Công<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Trong hệ thống phân loại u thần kinh của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) 2021, các u thuộc dây thần kinh sọ não và dây thần kinh cạnh sống được nhắc đến, đó là: (1) U bao rể thần kinh (Schwannoma); (2) U sợi thần kinh (Neurofibroma); (3) U thần kinh ngoại biên (Perineurioma); (4) U thần kinh hỗn hợp (Hybrid nerve sheath tumours); (5) U vỏ thần kinh ngoại biên hắc tố ác tính (malignant melanotic nerve sheath tumour); (6) U vỏ thần kinh ngoại vi ác tính (malignant peripheral nerve sheath tumour); (7) U thần kinh nội tiết đuôi ngựa (Cauda equina), trước đây là u cận hạch thần kinh/paraganglioma. Schwannoma là một khối u lành tính phát sinh từ tế bào schwann và chủ yếu xuất hiện trong vỏ bọc dây thần kinh ở vùng nội tủy, ngoài màng cứng. Cấu trúc u có thể dạng đặc hay dạng nang (ít gặp hơn). Do thường phát sinh từ khu vực trong ống sống nên u thường gây rộng khe liên hợp và chèn ép rễ thần kinh. Chụp CT, chụp cộng hưởng từ và sinh thiết u dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính (CLVT) giúp chẩn đoán xác định. Phẫu thuật cắt bỏ u hoàn toàn vẫn là phương pháp điều trị được lựa

chọn mặc dù tỷ lệ tái phát còn cao. Chúng tôi báo cáo ca bệnh u bao rể thần kinh vị trí trung thất sau được chẩn đoán và điều trị phẫu tại bệnh viện Phổi trung ương. Phần tổng quan tài liệu và phương cách tiếp cận chẩn đoán sẽ được chúng tôi nêu trong phần bản luận. **Từ khoá:** U bao rể thần kinh; U sợi thần kinh; U thần kinh hỗn hợp; Cắt lớp vi tính; chụp cộng hưởng từ.

### SUMMARY

#### SCHWANNOMA IN POSTERIOR MEDIASTINUM – CASE REPORT AND REVIEW RELATED DOCUMENTS

In the World Health Organization (WHO) 2021 classification system of neuroma, tumors of the cranial nerve and paravertebral nerve are mentioned, which are: (1) Schwannoma; (2) Neurofibroma; (3) Perineurioma; (4) Hybrid nerve sheath tumours; (5) malignant melanotic nerve sheath tumor; (6) Malignant peripheral nerve sheath tumor; (7) Cauda equina, (formerly paraganglioma). Schwannoma is a benign tumor arising from a schwann cell and mainly occurs in the nerve sheath in the intramedullary, epidural region. Tumor structures may be solid or cystic (less common). Because the tumor usually arises from the area within the spinal canal, the tumor often causes widening of the junctional cleft and compresses the nerve root. CT scan, magnetic resonance imaging and tumor biopsy under CT guidance help confirm the diagnosis. Total tumor resection remains the

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023