

CÁC CHỈ ĐỊNH CỦA THẨM TÁCH MÁU CẤP CỨU CHO BỆNH NHÂN CÓ TỔN THƯƠNG THẬN CẤP TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

NGUYỄN THUY DƯƠNG¹, LÊ THỊ DIỄM TUYẾT²

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái

²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả các chỉ định của thẩm tách máu cấp cứu trong điều trị tổn thương thận cấp tại Khoa Hồi sức Tích cực, Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu sử dụng thiết kế quan sát mô tả và chọn mẫu toàn bộ, không xác suất thu được 289 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán tổn thương thận cấp có chỉ định thẩm tách máu cấp cứu vào điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2020 - đến tháng 12/2021. Kết quả nghiên cứu cho thấy về chỉ định lâm sàng: vô niệu/ thiếu niệu là chỉ định xuất hiện nhiều nhất với 57.4% tổng số chỉ định, tiếp theo là tình trạng tăng ure máu, tăng kali máu và quá tải tuần hoàn. Về chỉ định kỹ thuật: Biện pháp được sử dụng nhiều là thẩm tách máu thường quy chiếm 60,5%, thời gian cuộc lọc trung bình là 3,67 giờ, thời gian giữa các cuộc lọc trung bình là 34,5 giờ. Biện pháp thẩm tách máu cấp cứu kéo dài chiếm 39,5%, thời gian cuộc lọc trung bình 6,2 giờ, thời gian giữa các cuộc lọc trung bình là 24,6 giờ.

Từ khóa: Thẩm tách máu, tổn thương thận cấp

SUMMARY

The study was conducted with the aim of describing the indications of emergency hemodialysis in the treatment of acute kidney injury at the Intensive Care Unit of Bach Mai Hospital. The study used a descriptive observational design and selected a total, non-probability sample to obtain 289 patients aged 18 years and older with a diagnosis of acute kidney injury and indications for emergency hemodialysis to be treated at the ICU. Bach Mai Hospital from July 2020 to December 2021. Research results show that about clinical indications: anuria/oliguria is the most common indication with 57.4% of total indications, followed by uremia, hyperkalemia and circulatory overload. Regarding technical indications: the most used method is routine hemodialysis

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thụy Dương

Email: nguyenduong.9113@gmail.com

Ngày nhận: 09/9/2021

Ngày phản biện: 06/10/2021

Ngày duyệt bài: 15/10/2021

accounting for 60.5%, the average time of dialysis is 3.67 hours, the average time between dialysis is 34.5 hours. Extended emergency hemodialysis measures 39.5%, the average time of dialysis is 6.2 hours, the average time between dialysis is 24.6 hours.

Keywords: Hemodialysis, acute kidney injury.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thận cấp là biến chứng thường gặp ở các khoa hồi sức với tỷ lệ mắc khoảng 50 - 60%, thường nằm trong bệnh cảnh suy đa cơ quan hoặc có nhiều bệnh đồng mắc [1]. Tổn thương thận cấp làm tăng tỷ lệ tử vong và chi phí chăm sóc sức khỏe [2,3]. Tỷ lệ tử vong trong tổn thương cấp thường tăng theo số lượng tạng suy. Các biện pháp thẩm tách máu (thận nhân tạo) cấp cứu gồm có thẩm tách máu cấp cứu thường quy và thẩm tách máu ngắt quãng kéo dài có thay đổi một số thông số kỹ thuật với tốc độ lọc máu giảm, lưu lượng máu thấp và thời gian lọc kéo dài [4]. Thẩm tách máu ngắt quãng kéo dài có thể điều chỉnh tốc độ dịch thẩm tách, nồng độ Na^+ và HCO_3^- , thường được áp dụng cho những bệnh nhân tổn thương thận cấp có kèm theo bệnh lý tim mạch hoặc huyết động không ổn định như xơ gan, suy tim... [5,6]. Tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai từ những năm 2000, đã triển khai các kỹ thuật điều trị thay thế thận, trong đó có thẩm tách máu cấp cứu thường quy ≤ 4 tiếng và thẩm tách máu cấp cứu kéo dài 5-6 tiếng, để đánh giá hiệu quả điều trị tổn thương thận cấp ở những bệnh nhân được thực hiện 2 biện pháp thay thế thận này, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu mô tả các chỉ định của thẩm tách máu cấp cứu trong điều trị tổn thương thận cấp tại Khoa Hồi sức Tích cực, Bệnh viện Bạch Mai.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 7/2020 – đến tháng 7/2021

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, vào điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai,

được chẩn đoán tổn thương thận cấp có chỉ định thẩm tách máu cấp cứu, từ tháng 7/2020 - đến tháng 12/2021.

Chẩn đoán xác định tổn thương thận cấp:

Không có tiền sử bệnh thận tiết niệu mạn tính

Giảm số lượng nước tiểu đột ngột, cấp tính: thể tích nước tiểu <0,5 ml/kg/giờ kéo dài > 6 giờ^[7].

Creatinin máu tăng nhanh khi vào viện $\geq 130 \mu\text{mol/l}$. Vì không có giá trị creatinin nền của các bệnh nhân, nghiên cứu lấy theo giá trị bình thường $88 \mu\text{mol/L}$ (Textbook of Critical Care 2013)^[8].

Đánh giá mức độ tổn thương thận cấp theo phân độ RIFLE dựa vào 2 thông số là tăng nồng độ creatinin máu, giảm lượng nước tiểu^[7]

Bệnh nhân được điều trị thẩm tách máu cấp cứu theo chỉ định của bác sĩ Khoa Hồi sức Tích cực Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang chạy thận nhân tạo chu kì, lọc màng bụng, ghép thận.

Thời gian nằm viện < 24 giờ, không đủ số liệu để theo dõi diễn biến và đánh giá kết quả lọc máu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát mô tả.

2.2. Cơ mẫu và chọn mẫu: Mẫu không xác suất, chọn mẫu toàn bộ.

2.3. Phương tiện nghiên cứu

Bệnh án nghiên cứu: Sử dụng một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất bao gồm khai thác bệnh án từ hồi bệnh, thăm khám, chẩn đoán, điều trị, kết quả điều trị và thu thập từ các bệnh án lưu trữ của Bệnh viện Bạch Mai.

Các máy lọc máu thẩm tách đang được sử dụng tại khoa Hồi sức Tích cực: Gambro AK96 và Gambro AK98, được cài đặt tốc độ Qd = 500ml/ph

Dịch lọc thận: Bao gồm dịch điện giải A và dịch bicarbonat B

Hệ thống xử lý nước và tạo nước thẩm thấu ngược RO

Các vật tư tiêu hao: Dây máu và quả lọc máu thẩm tách dùng một lần (quả lọc Low Flux F6HPS của Fresenius: hệ số siêu lọc: 13ml/h \times mmHg, diện tích màng: 1,3m², thể tích mỗi 78ml, chất liệu màng: polysulfone...), ống thông tĩnh mạch trung tâm 2 nòng 12F...

Các máy móc phục vụ cho điều trị, theo dõi bệnh nhân: máy thở, máy theo dõi liên tục, máy đo các thông số huyết động, máy truyền dịch, bơm tiêm điện...

Máy xét nghiệm khí máu **GEM Primer 3000** tại khoa Hồi sức tích cực.

Máy xét nghiệm sinh hóa, xét nghiệm huyết học, xét nghiệm đông máu cơ bản tại Khoa Hóa sinh, Huyết học - Bệnh viện Bạch Mai.

Các phương tiện khác: Máy chụp Xquang, siêu âm, cắt lớp vi tính...

3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0

4. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân, người nhà bệnh nhân đều được nghe giải thích kĩ lưỡng, hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu và kí vào bản chấp nhận tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập từ bệnh nhân, từ bệnh án chỉ nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu khoa học. Các thông tin cá nhân và bệnh tật của bệnh nhân được giữ kín.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Chỉ định lâm sàng của thẩm tách máu cấp cứu

Vô niệu/thiểu niệu là chỉ định xuất hiện nhiều nhất với 57,4% tổng số chỉ định. Tiếp theo là chỉ định do tăng ure, tăng kali máu, quá tải thể tích chiếm lần lượt là 13,5%; 12,8%; 11,8%. Ít xuất hiện hơn là chỉ định do toan chuyển hóa chiếm 4,2%. Hiếm gặp nhất là chỉ định tăng creatinin xuất hiện 1 lần trong các chỉ định, chiếm 0,3%.

Bảng 1. Phân loại theo số lượng chỉ định cho mỗi cuộc lọc

Đặc điểm	Số lượng (n = 289)	Tỷ lệ (%)
1 chỉ định	203	70,2
2 chỉ định	67	23,2
3 chỉ định	18	6,2
4 chỉ định	1	0,4

Nhận xét: Chiếm phần lớn là 1 cuộc lọc chỉ do 1 chỉ định, chiếm 70,2%. Sau đó là 1 cuộc lọc do 2 chỉ định: có 67 cuộc lọc chiếm 23,2%.

Có 18 cuộc lọc có 3 chỉ định chiếm 6,2%

Ít gặp nhất là 1 cuộc lọc có 4 chỉ định chiếm 0,4%.

Bảng 2. Chỉ định lọc máu theo phương thức lọc

Chỉ định	Thẩm tách máu cấp cứu thường quy (n = 166)		Thẩm tách máu cấp cứu kéo dài (n = 123)	
	n	%	n	%
Vô niệu/thiểu niệu	92	55,4	74	60,2
Tăng ure máu	30	18,1	9	7,3
Tăng kali máu	19	11,5	18	14,6
Quá tải thể tích	17	10,2	17	13,8
Toan chuyển hóa	7	4,2	5	4,1
Tăng creatinin máu	1	0,6	0	0

Nhận xét: Chỉ định gặp nhiều nhất ở cả 2 nhóm là vô niệu/thiểu niệu, lần lượt ở nhóm thẩm tách máu cấp cứu thường quy là 55,4%; ở nhóm thẩm tách máu cấp cứu kéo dài là 60,2%.

Ở nhóm thẩm tách máu cấp cứu thường quy, chỉ định lọc máu do tăng ure phổ biến hơn (11,8%) so với nhóm thẩm tách máu cấp cứu kéo dài (7,3%).

Chỉ định lọc máu do tăng creatinin máu chỉ gặp 1 trường hợp ở nhóm thẩm tách máu cấp cứu thường quy.

2. Chỉ định kỹ thuật của thẩm tách máu cấp cứu

Bảng 3. Phân loại cuộc lọc theo thời gian

Thẩm tách máu cấp cứu		n	%	
Thường quy (thời gian lọc thực tế ≤ 4 giờ)	Chỉ định ≤ 4 giờ	157	175	60,5
	Chỉ định ≥ 5 giờ	18		
Kéo dài (thời gian lọc thực tế ≥ 5 giờ)	Chỉ định ≤ 4 giờ	9	114	39,5
	Chỉ định ≥ 5 giờ	105		
Tổng		289	100	

Nhận xét: Trong 289 cuộc lọc của bệnh nhân, có 175 cuộc lọc thẩm tách máu cấp cứu thường quy chiếm 60,5% và 114 cuộc lọc là thẩm tách máu cấp cứu kéo dài chiếm 39,5%.

Trong đó, có 18 cuộc lọc theo chỉ định ≥ 5 giờ nhưng kết thúc sớm ≤ 4 giờ, nguyên nhân lần lượt do 6 cuộc tắc quả lọc, 5 cuộc lỗi máy, 4 cuộc đạt UF mục tiêu, 3 cuộc tụt huyết áp trong những giờ cuối.

Tương tự, có 9 cuộc lọc theo chỉ định ≤ 4 giờ nhưng kết thúc muộn ≥ 5 giờ, nguyên nhân do: 8 cuộc khi vào lọc tụt huyết áp nên kéo dài thêm thời gian và giảm tốc độ máu, giảm tốc độ rút dịch, 1 cuộc do lỗi máy.

Bảng 4. Thời gian mỗi cuộc lọc

Đặc điểm	Thẩm tách máu cấp cứu thường quy (n=175)	Thẩm tách máu cấp cứu kéo dài (n=114)	p
Trung bình	3,67 ± 0,61	6,23 ± 0,97	0,00*
Min - Max	1 - 4	5 - 9,8	

Nhận xét: Thời gian lọc trung bình của các cuộc lọc thẩm tách máu cấp cứu thường quy là 3,67 giờ, thấp nhất là 1 giờ, cao nhất là 4 giờ.

Thời gian lọc trung bình của thẩm tách máu cấp cứu kéo dài là 6,23 giờ, thấp nhất là 5 giờ, cao nhất là 9,8 giờ.

Sự khác biệt về thời gian lọc trung bình giữa 2 nhóm có ý nghĩa (p < 0,05).

Bảng 5. Khoảng cách giữa các cuộc lọc (giờ)

Đặc điểm	Thẩm tách máu cấp cứu thường quy (n = 175)	Thẩm tách máu cấp cứu kéo dài (n = 114)	p
Trung bình	34,51 ± 23,55	24,58 ± 15,03	0,00*
Min - Max	4 - 142	3,5 - 100,8	

Nhận xét: Có sự khác biệt về khoảng cách thời gian giữa các cuộc lọc ở 2 nhóm.

Nhóm thẩm tách máu cấp cứu thường quy, thời gian giữa các cuộc lọc trung bình là 34,5 giờ, khoảng cách ngắn nhất là 4 giờ, dài nhất là 142 giờ.

Còn ở nhóm thẩm tách máu cấp cứu kéo dài, thời gian giữa các cuộc lọc trung bình là 24,6 giờ, thấp nhất là 3,5 giờ, dài nhất là 100,8 giờ

Bảng 6. Tốc độ máu khi lọc ổn định

Đặc điểm	Thẩm tách máu cấp cứu thường quy (n = 175)	Thẩm tách máu cấp cứu kéo dài (n = 114)	p
Trung bình	162,51 ± 15,92	163,60 ± 14,58	0,59
Min - Max	100 - 200	110 - 200	

Nhận xét: Tốc độ máu khi lọc ổn định giữa các cuộc lọc thẩm tách máu cấp cứu thường quy và thẩm tách máu cấp cứu kéo dài không có sự khác biệt.

BÀN LUẬN

1. Chỉ định lâm sàng của thẩm tách máu cấp cứu

Chỉ định lâm sàng chính của thẩm tách máu cấp cứu

Dựa trên số liệu trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định lọc máu vì vô niệu/thiểu niệu là chỉ định xuất hiện nhiều nhất với 57,4% tổng số chỉ định. Tiếp theo là chỉ định do tăng ure máu (chiếm 13,5%), tăng kali máu (chiếm 12,8%), quá tải thể tích (chiếm 11,8%). Ít xuất hiện hơn là chỉ định do toan chuyển hóa chiếm 4,2%.

Cũng tương tự như theo nghiên cứu của Ponce và cộng sự năm 2013 cho kết quả thiểu niệu hoặc quá tải tuần hoàn là chỉ định chính để lọc máu (39,8%), sau đó là tăng ure máu (23,8%), nhiễm toan (17,3%) và tăng kali máu (12,9%)^[9].

Theo nghiên cứu của Lê Thị Diễm Tuyết (2010) phân tích gồm cả những trường hợp lọc máu liên tục và thẩm tách máu cấp cứu thì 47,5% chỉ định liên quan đến suy đa tạng và sốc nhiễm khuẩn, còn lại 43,7% liên quan chính đến suy thận cấp (trong đó chủ yếu là vô niệu/thiểu niệu chiếm 20,6% và tăng creatinin chiếm 23,1%), toan chuyển hóa chiếm 12,5%.^[10]

Nhìn chung có thể thấy từ các nghiên cứu thì chỉ định chính của lọc máu là vô niệu/thiểu niệu gây quá tải tuần hoàn. Ngoài ra, tổn thương thận cấp không có bài tiết nước tiểu dẫn đến ứ đọng các sản phẩm chuyển hóa: ure, creatinin, kali... dẫn đến một vòng xoắn bệnh lý thì chỉ định lọc máu trong nhiều trường hợp không chỉ do 1 chỉ định mà còn phối hợp nhiều chỉ định khác.

Chiếm phần lớn là 1 cuộc lọc chỉ do 1 chỉ định, chiếm 70,2%. Sau đó là 1 cuộc lọc do 2 chỉ

định: có 67 cuộc lọc chiếm 23,2%. Có 18 cuộc lọc có 3 chỉ định chiếm 6,2%. Ít gặp nhất là 1 cuộc lọc có 4 chỉ định chiếm 0,4%.

Chỉ định lọc máu theo phương thức lọc

Theo nghiên cứu của tôi, chỉ định gặp nhiều nhất ở cả 2 nhóm thẩm tách máu cấp cứu và thẩm tách máu cấp cứu kéo dài đều là vô niệu thiếu niệu, tỉ lệ lần lượt là 55,4% và 60,2%.

Ở nhóm thẩm tách máu cấp cứu thường quy, chỉ định lọc máu do tăng ure phổ biến hơn (11,8%) so với nhóm thẩm tách máu cấp cứu kéo dài (7,3%).

Chỉ định lọc máu do tăng creatinin máu chỉ gặp 1 trường hợp ở nhóm thẩm tách máu cấp cứu thường quy.

2. Chỉ định kỹ thuật của thẩm tách máu cấp cứu

Phân loại cuộc lọc theo thời gian

Trong 289 cuộc lọc của bệnh nhân, thẩm tách máu cấp cứu thường quy được ưa dùng hơn chiếm 60,5% và thẩm tách máu cấp cứu kéo dài chiếm 39,5%.

Trong nhóm thẩm tách máu cấp cứu thường quy, có 18 cuộc lọc theo chỉ định ≥ 5 giờ nhưng kết thúc sớm ≤ 4 giờ, nguyên nhân lần lượt do: 6 cuộc tắc quả lọc, 5 cuộc lỗi máy, 4 cuộc đạt UF mục tiêu, 3 cuộc tụt huyết áp trong những giờ cuối. Ở những trường hợp này nguyên nhân chủ yếu là do yếu tố kỹ thuật.

Còn trong nhóm thẩm tách máu cấp cứu kéo dài, có 9 cuộc lọc theo chỉ định ≤ 4 giờ nhưng kết thúc muộn ≥ 5 giờ, nguyên nhân do: 8 cuộc khi vào lọc tụt huyết áp nên kéo dài thêm thời gian và giảm tốc độ máu, giảm tốc độ rút dịch, 1 cuộc do lỗi máy. Ở những trường hợp này nguyên nhân chủ yếu do tình trạng bệnh nhân không phù hợp với cài đặt tốc độ máu hoặc là tốc độ dịch rút, dẫn đến huyết động không ổn định khi vào lọc. Chính vì vậy cần đánh giá bệnh nhân kỹ lưỡng, lựa chọn cài đặt thông số máy lọc cho phù hợp với tình trạng lâm sàng từng bệnh nhân cụ thể.

Cài đặt cuộc lọc

Từ các dữ liệu phân tích được, trong nghiên cứu của chúng tôi:

Thẩm tách máu cấp cứu thường quy: có thời gian lọc trung bình là 3,67 giờ, thời gian giữa các cuộc lọc trung bình là 34,5 giờ, tốc độ máu trung bình khi lọc ổn định là 162,5 ml/ph.

Thẩm tách máu cấp cứu kéo dài: Có thời gian lọc trung bình là 6,23 giờ, thời gian giữa các cuộc lọc trung bình là 24,6 giờ, tốc độ máu trung bình khi lọc ổn định là 163,6 ml/ph.

So sánh với cài đặt thẩm tách máu ngắt quãng tiêu chuẩn (IHD) và thẩm tách máu ngắt

quãng kéo dài theo khuyến cáo của KDIGO 2012^[11]: Cài đặt IHD: tốc độ dòng thẩm tách 500 ml/ph, tốc độ máu 200-300ml/ph. Cài đặt PIRRT: tốc độ dòng thẩm tách ≤ 300 ml/ph, tốc độ máu 100-300ml/ph.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, máy lọc thẩm tách máu được cài đặt Qd=500 ml/ph theo cài đặt IHD tiêu chuẩn, nhưng đối tượng bệnh nhân tổn thương thận cấp lại khoa Hồi sức tích cực chủ yếu là người già có nhiều bệnh nền và tổn thương nhiều tạng cấp tính kèm theo, tỉ lệ dùng thuốc vận mạch và huyết động không ổn định cao, do vậy việc cài đặt tốc độ máu chủ yếu phụ thuộc vào đáp ứng của bệnh nhân để thay đổi cho phù hợp, theo số liệu tính toán được ở 2 nhóm thì tốc độ máu là 162,5 và 163,6 ml/ph.

KẾT LUẬN

Về chỉ định lâm sàng: vô niệu/ thiếu niệu là chỉ định xuất hiện nhiều nhất với 57,4% tổng số chỉ định, tiếp theo là tình trạng tăng ure máu, tăng kali máu và quá tải tuần hoàn.

Về chỉ định kỹ thuật: biện pháp được sử dụng nhiều là thẩm tách máu thường quy chiếm 60,5%, thời gian cuộc lọc trung bình là 3,67 giờ, thời gian giữa các cuộc lọc trung bình là 34,5 giờ

Biện pháp thẩm tách máu cấp cứu kéo dài chiếm 39,5%, thời gian cuộc lọc trung bình 6.2 giờ, thời gian giữa các cuộc lọc trung bình là 24,6 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Uchino S.** (2005). Acute Renal Failure in Critically Ill Patients A Multinational, Multicenter Study. JAMA, 294(7), 813.
2. **Pannu N., James M., Hemmelgarn B.** et al. (2013). Association between AKI, Recovery of Renal Function, and Long-Term Outcomes after Hospital Discharge. Clin J Am Soc Nephrol, 8(2), 194 - 202.
3. **Mandelbaum T., Scott D.J., Lee J.** et al. (2011). Outcome of critically ill patients with acute kidney injury using the Acute Kidney Injury Network criteria*. Crit Care Med, 39(12), 2659 - 2664.
4. **Alvarez G., Chrusch C., Hulme T.** et al. (2019). Renal replacement therapy: a practical update. Can J Anesth Can Anesth, 66(5), 593 - 604.
5. **Kielstein J.T., Schiffer M. and Hafer C.** (2010). Back to the future: extended dialysis for treatment of acute kidney injury in the intensive care unit. J Nephrol, 23(5), 494 - 501.
6. **Fliser D. and Kielstein J.T.** (2006). Technology Insight: treatment of renal failure in the intensive care unit with extended dialysis. Nat Clin Pract Nephrol, 2(1), 32 - 39.
7. **Bellomo R., Ronco C., Kellum J.A.** et al. (2004). Acute renal failure – definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute

Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. Crit Care, 8(4), 204 - 212.

8. Vincent J.-L., Abraham E., Moore F.A. et al. (2017), Textbook of Critical Care, Elsevier, Philadelphia.

9. Ponce D., Abrão J.M.G., Albino B.B. et al. (2013). Extended Daily Dialysis in Acute Kidney Injury Patients: Metabolic and Fluid Control and Risk Factors for Death. PLoS ONE, 8(12), e81697.

10. Lê Thị Diễm Tuyết (2010), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị suy thận cấp tại Khoa Điều trị Tích cực, Bệnh viện Bạch Mai, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

11. Kellum JA, Norbert Lameire, Peter Aspelin et al (2012). KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Kidney Int Suppl, 2(1), 1.

VIÊM ÂM ĐẠO KHÔNG ĐẶC HIỆU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

ĐỖ VĂN HẢO¹, ĐÀO THỊ HOA²,
ĐẶNG THỊ MINH NGUYỆT^{1,2}, NGUYỄN VĂN ANH²
¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang với phương pháp phỏng vấn, khám phụ khoa và nhuộm soi dịch tiết âm đạo được tiến hành nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến viêm âm đạo không đặc hiệu ở phụ nữ đến khám tại BV Phụ sản Trung ương. Kết quả Trong 310 đối tượng nghiên cứu có 87 bệnh nhân mắc BV chiếm 28,1%. 95,4% phụ nữ mắc BV đến khám vì biểu hiện triệu chứng bất thường. Hai triệu chứng cơ năng phổ biến nhất là khí hư ra nhiều (71,3%) và khí hư có mùi hôi khó chịu (52,9%). Đặc điểm khí hư của phụ nữ mắc BV đa số là trắng hoặc xám loãng đồng nhất. Các triệu chứng ở âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, tử cung và 2 phần phụ khá nghèo nàn và không đặc hiệu. Các yếu tố: tuổi con út < 5 tuổi; tiền sử viêm âm đạo; dùng thuốc ức chế miễn dịch đường toàn thân trong vòng 3 tháng gần đây và tiền sử phẫu thuật, thủ thuật tại cổ tử cung là yếu tố nguy cơ của bệnh ($p < 0,05$).

Từ khóa: Viêm âm đạo không đặc hiệu, viêm âm đạo do vi khuẩn, yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

A cross-sectional descriptive study with interview, gynecological examination and vaginal discharge staining was conducted to understand some factors related to non-specific vaginitis in women visiting the National Hospital of Obstetrics and gynecology. Results In 310 study subjects, there were 87 patients with BV, accounting for 28.1%. 95.4% of women with BV

come to the doctor because of abnormal symptoms. The two most common functional symptoms are profuse discharge (71.3%) and foul-smelling discharge (52.9%). The characteristics of vaginal discharge of women with BV are mostly white or thin gray uniform. Symptoms in vulva, vagina, uterus and 2 appendages are rather poor and non-specific. Factors: age of youngest child < 5 years old; history of vaginitis; systemic immunosuppressive drug use within the last 3 months and a history of surgery and cervical procedures are risk factors for the disease ($p < 0.05$).

Keywords: Nonspecific vaginitis, Bacterial vaginosis, risk factors, clinical features.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm âm đạo là bệnh lý rất phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới, nguyên nhân thường gặp nhất là viêm âm đạo không đặc hiệu (Bacterial vaginosis). Tỷ lệ mắc viêm âm đạo không đặc hiệu lên tới trên 30% ở phụ nữ Đông Nam Á.^[1] Gánh nặng kinh tế toàn cầu hàng năm ước tính trong điều trị BV có triệu chứng là 4,8 USD/người.^[2]

Triệu chứng của BV khá nghèo nàn, có tới 50% trường hợp mắc bệnh mà không biểu hiện triệu chứng gây khó khăn trong chẩn đoán.^[3] Điều trị bằng kháng sinh đã đạt được những kết quả nhất định nhưng tỷ lệ tái phát sau điều trị bệnh vẫn còn cao. Để điều trị thành công cần kiểm soát được các yếu tố liên quan và hành vi nguy cơ của người bệnh.

Nhằm góp phần tìm hiểu các yếu tố liên quan tới BV trong nỗ lực làm giảm tỷ lệ mắc, tái phát và hậu quả của bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng của phụ nữ viêm âm đạo không đặc hiệu và tìm hiểu

Chịu trách nhiệm: Đỗ Văn Hảo
Email: vanhao.hmu@gmail.com
Ngày nhận: 19/8/2021
Ngày phản biện: 21/9/2021
Ngày duyệt bài: 08/10/2021