

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM COVID-19 Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN DÃ CHIẾN SỐ 6 THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Văn Tiến<sup>1</sup>, Đỗ Kim Quế<sup>1</sup>, Phan Minh Hoàng<sup>2</sup>  
Trần Văn Dương<sup>3</sup>, Lâm Sơn Bảo Vĩ<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** (1) Đánh giá kết quả điều trị nhiễm COVID-19 ở bệnh nhân (BN) suy thận mạn tính giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ (STMTGĐC - LMCK) tại Bệnh viện Dã chiến Điều Trị COVID-19 số 6, TP. HCM (BVDC6), (2) Phân tích một số yếu tố liên quan tỷ lệ tử vong. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 55 BN STMTGĐC-LMCK nhiễm COVID-19 điều trị tại BVDC6, TP. HCM từ tháng 8 - 10/2021. **Kết quả:** 55 BN tuổi trung bình 56 (trung vị - khoảng tứ phân vị: 39 - 65 tuổi); trong đó 23 BN (41,8%) lớn tuổi, 35 BN nam (63,6%), 35 BN (63,6%) có triệu chứng COVID-19, 30 BN (54,5%) biểu hiện COVID-19 nặng nguy kịch, 45 BN (82%) ra viện, thời gian nằm viện của nhóm ra viện là 16 ngày (trung vị 11 - 25 ngày). Yếu tố liên quan tỷ lệ COVID-19, nặng-nguy kịch gồm: Lọc máu không đủ (OR = 11,5; 95%CI: 2,3 - 57,7; p = 0,001), có bệnh đái tháo đường (OR = 3,5; CI: 1,0 - 11,8; p = 0,038), có triệu chứng COVID-19 (OR = 36,0; CI: 6,7 - 193,0; p = 0,000), giảm tiểu cầu (OR = 0,17; CI: 0,1 - 1,1; p = 0,043). Yếu tố liên quan tỷ lệ tử vong gồm: Lọc máu không đủ (OR = 4,6; CI: 1,1 - 19,5; p = 0,028), COVID-19 nặng nguy kịch (OR = 10,0; CI: 1,2 - 88,0; p = 0,013), giảm lympho (OR = 9,0; CI: 0,9 - 88,0; p = 0,033). Yếu tố liên quan thời gian nằm viện kéo dài gồm: Lọc máu không đủ (OR = 5,0; CI: 0,9 - 26,9; p = 0,044), có triệu chứng COVID-19 (OR = 5,0; CI: 1,0 - 27,0; p = 0,044), giảm lympho (OR = 6,3; CI: 1,0 - 38,7; p = 0,037), giảm tiểu cầu (OR = 8,0; CI: 0,8 - 78,7; p = 0,049), chỉ số CT PCR thấp nhất của BN (r = - 0,343, p = 0,024). **Kết luận:** Tỷ lệ BN có triệu chứng, biểu hiện COVID-19 nặng nguy kịch và tỷ lệ tử vong lần lượt là 63,6%, 54,5% và 18%, nhóm ra viện nằm viện 16 ngày (trung vị). Yếu tố liên quan tỷ lệ tử vong gồm: Lọc máu không đủ, COVID-19 nặng, nguy kịch, Bạch cầu trong máu và giảm lympho.

\* Từ khóa: COVID-19; Suy thận mạn tính giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ; Bệnh viện Dã chiến.

### *Outcomes of Chronic Hemodialysis Patient Hospitalized with COVID-19 at Field Hospital No.6, Ho Chi Minh City*

#### *Summary*

**Objectives:** (1) To evaluate the outcomes of COVID-19 in chronic hemodialysis (HD) patients, and (2) To analyze some factors related to mortality rate. **Subjects and methods:** A retrospective, descriptive study on 55 HD patients who were hospitalized for COVID-19 from August 2021 to October 2021 at Field Hospital No.6 Ho Chi Minh city, Vietnam. **Results:** Amongst 55 hospitalized COVID-19 patients with HD, aged 56 (39 - 65) (median-interquartile range) of which 23 elderly patients (41.8%), 35 male patients (63.6%), 35 patients (63.6%) with symptoms of COVID-19, 30 patients (54.5%) with severe symptoms of COVID-19, 45 patients (82%) were discharged.

<sup>1</sup>Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp

<sup>3</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>4</sup>Khoa Y tế Công cộng - Đại học Y-Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Người phản hồi: Trần Văn Tiến (vantien1307@yahoo.com)

Ngày nhận bài: 2/12/2021

Ngày được chấp nhận đăng: 27/12/2021

The discharged group stayed for 16 days (11 - 25) (median-interquartile range). Factors associated with the rate of severe COVID-19 include: Inadequate dialysis (OR = 11.5; 95%CI = 2.3 - 57.7;  $p = 0.001$ ), Diabetes mellitus (OR = 3.5; 95%CI: 1,0 - 11,8;  $p = 0.038$ ), experiencing symptoms of COVID-19 (OR = 36.0; 95%CI: 6.7 - 193.0;  $p = 0.000$ ) and thrombocytopenia (OR = 0.17; 95%CI: 0.1 - 1.1;  $p = 0.043$ ). Factors associated with mortality include: Inadequate dialysis (OR = 4.6; 95%CI: 1.1 - 19.5;  $p = 0.028$ ), severe COVID-19 (OR = 10.0; 95%CI: 1.2 - 88.0;  $p = 0.013$ ), Leukopenia (OR = 9.0; 95%CI: 0.9 - 88.0;  $p = 0.033$ ). Factors associated with prolonged hospital stay include: inadequate dialysis (OR = 5.0; 95%CI: 0.9 - 26.9;  $p = 0.044$ ), experiencing symptoms of COVID-19 (OR = 5.0; 95%CI: 1.0 - 27.0;  $p = 0.044$ ), Leukopenia (OR = 6.3; 95%CI: 1.0 - 38.7;  $p = 0.037$ ), thrombocytopenia (OR = 8.0; 95%CI: 0.8 - 78.7;  $p = 0.049$ ), and the lowest CT-PCR index of the patient ( $r = -0.343$ ,  $p = 0.024$ ). **Conclusion:** This is one of the first studies in Vietnam exploring COVID-19 in a hemodialysis population. Rate of severe, critical, and mortal COVID-19 HD patients was 63.6%, 54.5%, and 18%, respectively. Inadequacy hemodialysis was the most common related to poor outcomes of these patients.

\* Keywords: COVID-19; Chronic hemodialysis; Field hospital.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID-19 đã và đang gây khủng hoảng toàn cầu, với hơn 5 triệu BN mắc COVID-19 tử vong, nhóm BN có nguy cơ cao diễn tiến nặng và tử vong gồm: lớn tuổi, có bệnh nền (đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh thận mạn tính nhất là suy thận mạn tính giai đoạn cuối...) [1].

BN STMGĐC-LMCK nhiễm COVID-19 là khá cao, như tại Vũ Hán chiếm 18,3% [1] với 1.300 đơn vị lọc máu, tại Mỹ là 8 - 9% [3], tại Anh là 20% [5]. Những BN này thường có biểu hiện nặng nguy kịch và tỷ lệ tử vong khoảng từ 18 - 31% [4, 6, 7, 8, 9].

Trong đợt bùng phát COVID-19 thứ tư, BVDC6 là một trong số rất ít bệnh viện tại thành phố Hồ Chí Minh có đơn vị lọc máu cho nhóm BN trên. Khi họ nhập viện BVDC6, chúng tôi đã tập trung chăm sóc toàn diện, nhằm cải thiện tiên lượng, gồm: Điều trị COVID-19 theo phác đồ, lọc máu cấp cứu và chu kỳ, điều trị các biến chứng của suy thận mạn giai đoạn cuối, và điều trị các bệnh lý đi kèm (Bệnh mạch vành, tăng huyết áp, đái tháo đường, lupus, di chứng tai biến mạch máu não...).

Ở Việt Nam, đến nay đã có nhiều nơi lọc máu cho BN STMGĐC-LMCK nhiễm COVID-19, nhưng có rất ít nghiên cứu trên nhóm BN này được công bố, chúng tôi không tìm được nghiên cứu nào có phân tích yếu tố liên quan kết quả điều trị của nhóm BN này. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu: (1) *Đánh giá kết quả điều trị nhiễm COVID-19 ở BN STMGĐC-LMCK tại BVDC6*, (2) *phân tích một số yếu tố liên quan tỷ lệ tử vong của nhóm BN này*.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

BN STMGĐC-LMCK nhiễm COVID-19 điều trị tại BVDC6 từ tháng 8 - 10/2021.

\* *Tiêu chuẩn chọn bệnh:* (1) BN STMGĐC - LMCK nhiễm COVID-19 điều trị tại BVDC 6 TP.HCM từ tháng 8 - 10/2021, (2) có đủ dữ liệu nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:* Không đầy đủ thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu:* Hồi cứu mô tả.

Chúng tôi hồi cứu tất cả hồ sơ của nhóm BN trên (hồ sơ giấy, thông tin lưu trữ online, liên hệ lại với BN và/hoặc gia đình qua điện thoại).

Chỉ định lọc máu cấp cứu và chu kỳ: Theo chỉ định thông thường (lọc chu kỳ 3 lần mỗi tuần).

Quy trình lọc máu cấp cứu và chu kỳ: Theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

Chẩn đoán COVID-19: Lâm sàng + RT-PCR, BN được làm lại RT-PCR sau mỗi 5 ngày để đánh giá biến đổi tải lượng virus.

\* *Tiêu chuẩn phân loại mức độ nặng COVID-19 và chỉ định điều trị:* Theo hướng

dẫn của Bộ Y tế [2], chúng tôi không sử dụng kháng virus cho nhóm BN này.

BN STMGĐC - LMCK nhiễm COVID-19 xuất viện tại BVDC6 khi lâm sàng ổn định + RT-PCR COVID-19 âm tính.

\* *Xử lý số liệu thống kê:*

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, các biến liên tục phân bố không chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị), và dưới dạng trung bình (độ lệch chuẩn) nếu phân bố chuẩn; để tìm giá trị p giữa các nhóm, chúng tôi thực hiện test chi bình phương với biến định tính, với các biến định lượng, nếu có phân bố chuẩn chúng tôi dùng T-test, nếu phân bố không chuẩn chúng tôi dùng Mann-Whitney test.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

*Bảng 1:* Một số đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu.

Đặc điểm		Chung (n = 55)		Ra viện (n = 45)		Tử vong (n = 10)	
		n	%	n	%	n	%
Tuổi (24 - 82)	Trung vị (tứ phân vị)	56 (39 - 65)		58 (40 - 66)		49 (36 - 59)	
	≥ 60	23	41,8	21	46,7	02	20,0
Giới tính	Nam	35	63,6	27	60,0	08	80,0
	Nữ	20	36,4	18	40,0	02	20,0
Bệnh nền đái tháo đường		23	41,8	20	44,4	03	30,0
Bệnh nền tim mạch (bao gồm THA)		54	98,2	44	97,8	10	100

Đây là nhóm BN COVID-19 có nhiều yếu tố nguy cơ diễn tiến nặng và tử vong như lớn tuổi (trung vị tuổi là 56 > 50 và 41,8% > 60 tuổi), ngoài STMGĐC - LMCK còn có nhiều bệnh lý nền khác như tim mạch, đái tháo đường... (có 01 BN không có bệnh tim mạch đi kèm nhưng là BN lupus).

*Bảng 2:* Đặc điểm suy thận mạn tính giai đoạn cuối của BN trong nghiên cứu.

Đặc điểm		Chung (n = 55)		Ra viện (n = 45)		Tử vong (n = 10)	
		n	%	n	%	n	%
Còn nước tiểu ≥ 500 mL/ngày		14	26,4	12	27,9	02	20,0
Đường vào mạch máu	AVF + AVG	45	84,9	37	86,0	08	80,0
	Catheter tĩnh mạch	08	15,1	06	14,0	02	20,0

Đặc điểm	Chung (n = 55)		Ra viện (n = 45)		Tử vong (n = 10)	
	n	%	n	%	n	%
Dư dịch lúc nhập viện	21	38,2	17	37,8	04	40,0
Lọc máu cấp cứu lúc nhập viện*	17	31,0	11	24,4	06	60,0
Biến chứng trong lọc máu	00					
Tình trạng thiếu máu khi nhập viện	(n = 38)		(n = 32)		(n = 6)	
HgB (g/dL) (4,7 - 15,4)	10,3 (8,5 - 11,9)		10,5 (8,5 - 11,9)		10,2 (7,5 - 11,9)	
HgB < 9 (g/dL)	13	34,2	10	31,5	03	50,0

Nhiều BN nhập viện trong tình trạng lọc máu không đủ và phải lọc máu cấp cứu, tỷ lệ thiếu máu với mức HgB < 9 g/dL khá cao.

\* *Chỉ định lọc máu cấp cứu*: Hầu hết do dư dịch, một số do tăng ure máu, tăng kali máu, có kèm hoặc không kèm với dư dịch.

**Bảng 3:** Đặc điểm nhiễm COVID-19 của BN trong nghiên cứu trong thời gian nằm viện.

Đặc điểm	Chung (n = 55)		Ra viện (n = 45)		Tử vong (n = 10)	
	n	%	n	%	n	%
Có triệu chứng COVID-19	35	63,6	26	55,6	09	90
SpO <sub>2</sub> ≤ 93%	34	61,8	25	55,6	09	90
Phải thở oxy lúc nhập viện	17	30,9	11	24,4	06	60
COVID-19 nặng - nguy kịch	30	54,5	21	46,7	09	90
RT-PCR (CT-N) thấp nhất (chu kỳ)	20,7 (17,3 - 25,7)		20,5 (18,0 - 28,0)		20,7 (15,0 - 24,0)	
Đặc điểm bạch cầu, tiểu cầu khi nhập viện	(n = 34)		(n = 28)		(n = 06)	
WBC (k/uL)	6,9 (4,3 - 9,3)		5,5 (4,0 - 8,5)		8,6 (7,5 - 12,3)	
Lympho (k/uL)	1,1 (0,7 - 1,6)		1,2 (0,7 - 2,0)		0,8 (0,2 - 1,0)	
Lympho < 1 (k/uL)	15	44,1	10	35,7	05	83,3
PLT (k/uL)	203 (154 - 260)		193 (141 - 259)		211 (202 - 351)	
PLT < 150 (k/uL)	07	20,6	07	25,0	00	

Tỷ lệ có triệu chứng và tỷ lệ nặng nguy kịch cao, triệu chứng thường gặp nhất là giảm oxy trong máu. Bạch cầu lympho bình thường ở giới hạn thấp, trong đó nhóm BN tử vong có giảm lympho rõ.

Chúng tôi chỉ có 02 BN được tiêm vaccine COVID-19 (Pfizer) và nhiễm COVID-19, sau đó > 1 tháng. Cả 2 BN này trong nhóm BN ra viện.

**Bảng 4:** Một số đặc điểm liên quan điều trị COVID-19 của BN trong nghiên cứu.

Đặc điểm		Chung (n = 55)		Ra viện (n = 45)		Tử vong (n = 10)	
		n	%	n	%	n	%
Thở oxy	Cannula	12	21,8	12	26,7	00	
	Mask có túi	16	29,1	11	24,4	05	50,0
	HFNC hoặc NIV	04	07,3	00		04	40,0
Điều trị tại Khoa Hồi sức-Cấp cứu		28	51,0	18	40,0	10	100
Có sử dụng kháng đông		28	52,8	24	55,8	04	40,0
Có sử dụng kháng viêm		28	52,8	24	55,8	04	40,0
Có sử dụng kháng virus		00					
Có sử dụng kháng sinh		08	15,1	06	14,0	02	20

Tỷ lệ phải thở oxy khá cao, nhóm BN phải thở mask có túi trở lên có tỷ lệ tử vong cao.

**Bảng 5:** Kết quả điều trị nhiễm COVID-19 của BN trong nghiên cứu.

Đặc điểm	Chung (n = 55)	Ra viện (n = 45)	Tử vong (n = 10)
Số ngày nằm viện (2 - 36)	14 (10 - 23)	16 (11 - 25)	6,5 (3,0 - 11,0)

Có 45 BN (82%) được ra viện, với số ngày nằm viện là 16 ngày.

**Bảng 6:** Một số yếu tố liên quan biểu hiện COVID-19 mức độ nặng-nguy kịch của BN trong nghiên cứu (n = 55).

Đặc điểm		OR	95% CI	Trị số p
Lọc máu không đủ	Dư dịch lúc nhập viện	4,6	1,4 - 15,4	0,011
	Lọc máu cấp cứu khi nhập viện	11,5	2,3 - 57,7	0,001
Có đái tháo đường		3,5	1,0 - 11,8	0,038
Có triệu chứng COVID-19		36,0	6,7 - 193,0	0,000
Giảm tiểu cầu (n = 34)		0,17	0,027 - 1,1	0,043
PLT (k/uL) (n = 34)				0,012

Lọc máu không đủ, có đái tháo đường, có triệu chứng COVID-19 và giảm tiểu cầu là những yếu tố có liên quan đến tỷ lệ biểu hiện COVID-19 nặng, nguy kịch của BN trong nghiên cứu.

**Bảng 7:** Một số yếu tố liên quan thời gian nằm viện kéo dài hơn 14 ngày của BN trong nghiên cứu (n = 45).

Đặc điểm	OR	95%CI	Trị số p
Lọc máu không đủ: Lọc máu cấp cứu khi nhập viện	5,0	0,9 - 26,9	0,044
Có triệu chứng COVID-19	5,0	1,0 - 27,0	0,044
COVID-19 nặng, nguy kịch	3,5	1,0 - 12,2	0,045
Giảm tiểu cầu (n = 34)	8,0	0,8 - 78,7	0,049
Giảm lympho (n = 34)	6,3	1,0 - 38,7	0,037
Lympho (k/uL) (n = 34)			0,024
RT-PCR thấp nhất (CT-N)			0,000

Các yếu tố liên quan đến thời gian nằm viện kéo dài của BN trong nghiên cứu gồm: Lọc máu không đủ, có biểu hiện triệu chứng COVID-19 kể cả chưa đến mức nặng, giảm tiểu cầu, giảm lympho máu, RT-PCR (CT-N) thấp nhất của BN, trong đó RT-PCR (CT-N) có tương quan tuyến tính với số ngày nằm viện với  $r = -0,343$ ,  $p = 0,024$ .

**Bảng 8:** Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong của BN trong nghiên cứu (n = 55).

Đặc điểm	OR	95%CI	Trị số p	
Lọc máu không đủ (lọc máu cấp cứu khi vào viện)	4,6	1,1 - 19,5	0,028	
COVID-19 nặng	COVID-19 nặng, nguy kịch	10	1,2 - 88,0	0,013
	Phải thở oxy lúc nhập viện	4,6	1,1 - 19,5	0,028
Giảm lympho (n = 34)	9,0	0,9 - 88,0	0,033	
WBC (k/uL) (n = 34)			0,024*	

Lọc máu không đủ, biểu hiện COVID-19 nặng nguy kịch, giảm lympho và số lượng bạch cầu liên quan đến tỷ lệ tử vong của BN trong nghiên cứu.

## BÀN LUẬN

Nghiên cứu 55 BN STMGĐC - LMCK nhiễm COVID-19 nhập viện điều trị tại BVDC6 TP.HCM chúng tôi thấy đây là nhóm BN có tiên lượng rất xấu, tỷ lệ có triệu chứng và tỷ lệ bệnh nặng nguy kịch cao, tỷ lệ ra viện thấp và phải nằm viện kéo dài.

### 1. Đặc điểm chung

Bảng 1 cho chúng ta thấy, đây là nhóm BN có độ tuổi cao, tuổi trung vị là 56 (lớn hơn 50, là độ tuổi khi nhiễm COVID-19 sẽ có nguy cơ cao, diễn tiến nặng và tử vong [1], 41,8% BN lớn tuổi (60 - 82 tuổi). Trong nhóm BN này, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn (63,6%), những BN tử vong

chủ yếu là BN nam (80%). 100% BN có thêm bệnh lý nền khác như đái tháo đường (41,8%), bệnh tim mạch (98,2%), chỉ có 01 BN không có bệnh tim mạch đi kèm nhưng là BN lupus. Tất cả yếu tố trên (lớn tuổi, nam giới, có bệnh lý nền) là yếu tố nguy cơ diễn tiến nặng và tử vong của BN COVID-19 [1].

## 2. Đặc điểm COVID-19 ở BN STMGĐC - LMCK

Đặc điểm nổi bật của nhóm BN này là nhiều BN nhập viện trong tình trạng lọc máu không đủ: 21/55 BN (38,2%) bị phù lúc nhập viện, 17/55 BN (31%) phải lọc máu cấp cứu khi nhập viện (*Bảng 2*), trong đó chỉ định lọc máu cấp cứu thường quá tải dịch không đáp ứng điều trị nội khoa. Một số BN khác do hội chứng ure huyết cao hoặc tăng kali máu kèm hoặc không kèm quá tải dịch. Tình trạng quá tải dịch có thể làm phù mô kẽ phổi, gây cản trở quá trình trao đổi khí và tăng nguy cơ bội nhiễm phổi. Tình trạng ure huyết cao ở BN lọc máu chu kỳ, nhất là lọc máu không đủ, có thể làm tăng nguy cơ gây huyết khối, tăng tình trạng viêm và bão cytokin, làm rối loạn miễn dịch nặng hơn; trong khi đó gây huyết khối, bão cytokin là cơ chế chính gây bệnh nặng và tử vong của COVID-19 [1]. Bên cạnh đó, dù là bệnh viện chính quy thì BN phải lọc máu cấp cứu vẫn tiềm ẩn nguy cơ diễn tiến nặng và tử vong.

Chúng tôi cũng ghi nhận 08 BN (15%) phải lọc máu qua catheter (là những BN bị tắc cầu nối trước khi nhập viện BVDC6, hoặc đã chẩn đoán suy thận mạn tính giai đoạn cuối nhưng còn điều trị nội khoa bảo tồn và chưa có cầu nối). Lọc máu qua catheter là gánh nặng cho cả BN và

nhân viên y tế, kể cả trong các bệnh viện chính quy, có nguy cơ làm tăng tỷ lệ bội nhiễm và tử vong của BN STMGĐC - LMCK, tuy nhiên có thể do cỡ mẫu còn nhỏ, chúng tôi không tìm thấy sự liên quan giữa lọc máu qua catheter và kết quả điều trị của nhóm BN này.

Bảng 2 cũng cho thấy 34% BN có thiếu máu với mức HgB < 9 g/dL, đây là mức có thể làm giảm vận chuyển oxy mô, nhất là trong tình trạng có bệnh lý hô hấp, tim mạch đi kèm. Tỷ lệ này cao hơn ở nhóm BN tử vong (50% so với 34% ở nhóm ra viện). Tuy nhiên, có thể do cỡ mẫu không đủ lớn, nên chúng tôi cũng không tìm thấy sự liên quan giữa tình trạng thiếu máu và kết quả điều trị của nhóm BN này.

Phần lớn BN trong nghiên cứu của chúng tôi có triệu chứng lâm sàng COVID-19 (35/55 BN chiếm 63,6%), trong đó có 34/55 BN (61,8%) có giảm oxy trong máu ( $SpO_2 \leq 93\%$ ); 30/55 BN (54,5%) có biểu hiện COVID-19 nặng, nguy kịch (*Bảng 3*). Tỷ lệ này tuy cao hơn rất nhiều so với BN COVID-19 trong cộng đồng (hầu hết không có triệu chứng) [1], nhưng khá tương đồng so với nhóm BN tương tự trong các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn. Trong nghiên cứu phân tích tổng hợp 396.062 BN tương tự [4], Chen Chun-Yu và CS ghi nhận 61,4% BN có sốt, kèm theo ho, khó thở và mệt mỏi với tỷ lệ lần lượt là 46,8%, 35,2% và 35,2%. Tương tự vậy, chúng tôi ghi nhận có sự giảm bạch cầu lympho ở nhóm BN này, nhất là ở nhóm tử vong (0,8 so với 1,1 k/uL ở BN trong cả nghiên cứu); tỷ lệ giảm lympho là 44,1%, tăng lên 83,3% ở nhóm tử vong (*Bảng 3*). Tác giả Chen CY

trong nghiên cứu trên cũng ghi nhận tình trạng giảm lympho rất thường gặp trong các nghiên cứu mà tác giả đã đưa vào phân tích: 11/15 nghiên cứu [4].

### **3. Kết quả điều trị nhiễm COVID-19 ở BN STMĐC - LMCK**

Thông thường, hầu hết người mắc COVID-19 sẽ hồi phục, tỷ lệ tử vong rất thấp [1], nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ 82% BN được ra viện với số ngày nằm viện của nhóm này là 16 ngày (trung vị) (*Bảng 5*). Hầu hết BN trong nghiên cứu của chúng tôi tử vong vì suy hô hấp, có 01 BN tử vong vì xuất huyết tiêu hóa (ngày không lọc máu). Như trình bày ở trên, 30/55 BN (54,5%) trong nghiên cứu có biểu hiện COVID-19 nặng, nguy kịch, chủ yếu biểu hiện qua giảm oxy trong máu và phải thở oxy (*Bảng 3*). Trong số 20 BN (36,4%) nguy kịch phải thở oxy mask có túi trở lên, 9/20 BN đã tử vong. Tác giả Marian trong nghiên cứu về BN STMĐC - LMCK nhiễm COVID-19 cũng ghi nhận 61% BN phải thở oxy  $\geq 4$  lít/phút đã tử vong [8].

Khi dịch mới bùng phát, các tác giả ở Vũ Hán ghi nhận tử vong của nhóm BN COVID-19 STMĐC -LMCK là 23,8% [7]. Khi phân tích tổng hợp 29 nghiên cứu trên PUBMED về BN COVID-19 STMĐC-LMCK (trong đó có cả BN ở châu Á), tác giả Chen Chun-Yu ghi nhận tỷ lệ tử vong của nhóm BN này là 22,4% [4] với cách làm tương tự, tác giả Nopsopon tổng hợp 14 nghiên cứu với 13.883 BN ở 7 nước, đã ghi nhận tỷ lệ tử vong là 17,8% [9], tỷ lệ tử vong của nhóm BN này trên toàn châu Âu là 21,2% [6] và lên đến 30,5% ở Tây Ban Nha [8]. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương

[9] hoặc thấp hơn so với các nghiên cứu trên [4, 6, 7, 8] có thể do BN trong các nghiên cứu trên lớn tuổi hơn, diễn ra năm 2020 khi dịch COVID-19 mới xảy ra, việc tiếp cận và điều trị toàn diện cho nhóm BN này còn rất mới lạ và khó khăn. Tỷ lệ tử vong cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể phần nào do hầu hết BN chưa được tiêm vaccine phòng COVID-19 (53/55 BN).

Chen Chun-Yu trong nghiên cứu tổng hợp 396.062 BN trên, cho kết quả nhóm BN này nằm viện trung bình là  $14,5 \pm 8,8$  ngày [4], tương tự số ngày nằm viện của BN trong cả nghiên cứu của chúng tôi là 14 ngày (*Bảng 5*). Theo hướng dẫn điều trị COVID-19 của Bộ Y tế [2], chúng tôi không sử dụng kháng virus SARS-CoV-2 cho nhóm BN này. Bên cạnh tình trạng dinh dưỡng kém, tuổi cao và nhiều bệnh lý nền, việc không sử dụng kháng virus SARS-CoV-2 ở nhóm BN này có thể phần nào làm kéo dài thời gian nằm viện. Chúng tôi cũng ghi nhận giảm bạch cầu lympho, giảm tiểu cầu và chỉ số CT RT-PCR thấp nhất của BN có liên đến việc kéo dài thời gian nằm viện của nhóm BN này (*Bảng 7*).

### **4. Yếu tố liên quan tỷ lệ tử vong của BN STMĐC-LMCK nhiễm COVID-19**

Trong các nghiên cứu lớn, yếu tố liên lượng bệnh nặng và tử vong của nhóm BN này thường là nam giới, lớn tuổi, đã lọc thận nhiều năm, kèm tăng huyết áp và hoặc đái tháo đường, có triệu chứng COVID-19, giảm lympho, tăng IL-6 và các hóa chất trung gian gây viêm khác,... [4, 6, 7, 8]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận, lọc máu không đủ (phải lọc máu cấp cứu khi nhập viện) là yếu tố đặc



biệt, có liên quan đến tiên lượng xấu của nhóm BN này, gồm tỷ lệ COVID-19 nặng nguy kịch (OR = 4,6, *Bảng 6*), tỷ lệ tử vong (OR = 4,6, *Bảng 8*), kéo dài thời gian nằm viện (OR = 5,0, *Bảng 7*), tất cả đều có  $p < 0,05$ . Tại thành phố Hồ Chí Minh, đợt dịch COVID-19 thứ tư là đợt dịch nặng nề nhất, khiến toàn thành phố phải phong tỏa, nhu cầu cách ly tập trung và điều trị BN COVID-19 (trong đó có nhiều BN có bệnh nền STMGĐC - LMCK) trong các bệnh viện đã chiến là rất cao [1], khiến các bệnh viện này quá tải trầm trọng; tâm lý BN nói chung trong đợt dịch này thường hoang mang, sợ hãi. Trong thời điểm này, BN STMGĐC - LMCK nhiễm COVID-19 rất khó tìm được nơi lọc máu, kể cả trong bệnh viện điều trị COVID-19, nhiều BN đã bỏ lọc máu nhiều ngày trước khi tìm được nơi cách ly tập trung và lọc máu; bên cạnh đó, người nhà không phải là F0 không được theo vào BVDC để chăm sóc những BN này (vốn đa số là những BN lớn tuổi, BN giai đoạn cuối và kèm theo nhiều bệnh lý khác, nhiều người trong số họ nằm một chỗ, sinh hoạt tiêu, tiểu tại giường), khiến rất nhiều trong số BN này e ngại và đã trì hoãn nhập viện, kết quả là tỷ lệ BN phải lọc máu cấp cứu khi nhập viện là khá cao (*Bảng 2*).

Biểu hiện COVID-19 nặng nguy kịch cũng có liên quan đến tỷ lệ tử vong (OR = 10,  $p = 0,013$ , *Bảng 8*), việc điều trị nhóm BN nặng nguy kịch này gặp rất nhiều khó khăn, tốn kém nhiều cả về nhân lực và vật tư y tế. Trong điều kiện đã chiến, chúng tôi chỉ có thuốc kháng đông và kháng viêm, chúng tôi cũng có HFNC và thở máy, nhưng không có điều kiện chạy ECMO và CRRT cho nhóm BN này.

Chính vì vậy, chúng tôi phải có chiến lược phù hợp cho nhóm BN này như tiếp nhận BN sớm nhất có thể và phải đảm bảo lọc máu đủ, nhận diện những yếu tố nguy cơ, phân loại BN ngay từ đầu. Những BN có nguy cơ diễn tiến nặng được chăm sóc tại phòng có oxy và chuyển đến khu cấp cứu hoặc hồi sức sớm khi cần thiết, sắp xếp tình nguyện viên cùng nhân viên y tế chăm sóc những BN già yếu và không tự chăm sóc được, tăng cường dinh dưỡng vận động vật lý trị liệu và vệ sinh chung, tình nguyện viên và cựu F0 hàng ngày đến chăm sóc và nâng đỡ tinh thần BN. Tuy vậy, 9/30 BN có biểu hiện nặng - nguy kịch đã tử vong (*Bảng 3*).

### KẾT LUẬN

Nghiên cứu 55 BN STMGĐC - LMCK nhiễm COVID-19 điều trị tại BVDC6, chúng tôi rút ra được kết luận sau:

- Tỷ lệ BN có triệu chứng COVID-19, biểu hiện nặng nguy kịch và tỷ lệ tử vong lần lượt là 63,6%, 54,5% và 18%; thời gian nằm viện của nhóm ra viện là 16 ngày (trung vị).

- Yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong gồm: Lọc máu không đủ, COVID-19 nặng, nguy kịch, lượng bạch cầu trong máu và giảm lympho.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Cổng thông tin của Bộ Y tế về đại dịch COVID-19. <https://covid19.gov.vn/> truy cập ngày 30/10/2021.
2. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2) (ngày 14/7/2021 và 06/10/2021). <http://kcb.vn/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-covid-19-do-chung-vi-rut-corona-moi-sars-cov-2-theo-quyet-dinh-3416-qd-byt-ngay-14->

7-2021.html <https://kcb.vn/quyet-dinh-so-4689-qd-byt-ngay-06-10-2021-huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-covid-19-cap-nhat-lan-thu-7.html>.

3. Anand, S., Montez-Rath, M., Han, J., Bozeman, J., Kerschmann, R., Beyer, P., Parsonnet, J., Chertow, G.M., 2020. Prevalence of SARS-CoV-2 antibodies in a large nationwide sample of patients on dialysis in the USA: a cross-sectional study. *The Lancet* 396, 1335-1344. [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)32009-2/fulltext#seccestitle10](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)32009-2/fulltext#seccestitle10).

4. Chen CY, et al. Incidence and Clinical Impacts of COVID-19 Infection in Patients with Hemodialysis: Systematic Review and Meta-Analysis of 396,062 Hemodialysis Patients. *Healthcare (Basel)*. 2021 Jan 5; 9(1):47. doi: 10.3390/healthcare9010047. PMID: 33466527; PMCID: PMC7824817.

5. Corbett, R.W., Blakey, S., Nitsch, D., Loucaidou, M., Mclean, A., Duncan, N., Ashby, D.R. Epidemiology of COVID-19 in an Urban Dialysis Center. *Journal of the American Society of Nephrology* 2020,

31:1815-1823. <https://jasn.asnjournals.org/content/31/8/1815>.

6. Jager K.J, et al. Results from the ERA-EDTA Registry indicate a high mortality due to COVID-19 in dialysis patients and kidney transplant recipients across Europe. *Kidney Int*. 2020 Dec; 98(6):1540-1548. [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(20\)31081-4/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(20)31081-4/fulltext).

7. Ma, Y., Diao, et al. COVID-19 in hemodialysis (HD) patients: Report from one HD center in Wuhan, China. *medRxiv*, 2020; 25 Feb <https://europepmc.org/article/ppr/ppr114695>  
DOI: 10.1101/2020.02.24.20027201.

8. Marian Goicoechea, et al. COVID-19: Clinical course and outcomes of 36 hemodialysis patients in Spain. *Kidney International* July 2020, Volume 98, Issue 1: 27-34 <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.04.031>.

9. Nopsopon T, et al. COVID-19 in ESRD patients with hemodialysis: A systematic review and meta-analysis. *Kidney Int Rep* 2021; 6(4):S261-S262. doi:10.1016/j.ekir.2021.03.626.