

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG COVID-19 Ở BỆNH NHÂN LỌC MÁU TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Huỳnh Ngọc Phương Thảo<sup>1,2</sup>, Hoàng Ngọc Lan Hương<sup>3</sup>,  
Trần Minh Hoàng<sup>1,2</sup>, Dương Đức Viễn<sup>2</sup>, Lê Chí Công<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Hiếu<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tiên lượng ngắn hạn COVID-19 ở bệnh nhân (BN) lọc máu tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM (BVĐHYD). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca các BN lọc máu định kỳ nhập viện vì COVID-19 được xác định bằng RT-PCR tại BVĐHYD trong khoảng thời gian từ 01/07/2021 đến 31/07/2022. Chúng tôi thực hiện các phương pháp thống kê mô tả, phép kiểm chi bình phương, hồi qui logistic trong nghiên cứu này. **Kết quả:** Có 56 BN được đưa vào nghiên cứu, với tuổi trung bình  $62,89 \pm 2$ , tỉ lệ nam:nữ là 1:1. Các biểu hiện lâm sàng thường gặp là sốt (60,7%), ho (66,3%), khó thở (50%). Trong số 56 BN, có 25 BN (44,6%) được chẩn đoán COVID-19 mức độ nặng và nguy kịch, 8 BN tử vong (14,3%). Các yếu tố liên quan bệnh nặng bao gồm tuổi trên 60, tiền sử mắc đái tháo đường, suy hô hấp và viêm phổi lúc nhập viện, có các yếu tố viêm như giảm bạch cầu lympho, tăng LDH, tăng interleukin-6 (IL-6), tăng CRP, tăng procalcitonin. Các yếu tố bảo vệ gồm có chúng ngừa đầy đủ và tình trạng dinh dưỡng tốt. **Kết luận:** Nhiễm COVID-19 ở BN lọc máu làm tăng nguy cơ tử vong và tiên lượng xấu. Nguy cơ tử vong và bệnh nặng tăng theo tuổi, bệnh đồng mắc, suy hô hấp và tăng các yếu tố viêm lúc khởi phát.

**Từ khoá:** Suy thận mạn giai đoạn cuối, lọc máu, COVID-19, SARS-CoV-2

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF HOSPITALIZED COVID-19 PATIENTS WITH HEMODIALYSIS AT HO CHI MINH CITY UNIVERSITY MEDICAL CENTER

**Objective:** To describe clinical characteristics, laboratory data and early outcome of hospitalized COVID-19 patients with hemodialysis at the University Medical Center, Ho Chi Minh City. **Method:** We conducted a retrospective observational study from July 2021 to July 2022 to record data about patients with hemodialysis hospitalized due to COVID-19, diagnosed by RT-PCR. Descriptive statistics, chi-square test, logistic regression were performed in the statistical analysis. **Results:** Our study enrolled 56 patients with a mean age of  $62.89 \pm 2$  years, with a female-to-male ratio of 1:1. The most frequently

reported clinical symptoms were fever (60.7%), cough (66.3%), shortness of breath (50%). Among the 56 patients, 25 patients (44.6%) were classified as severe or critical degree, 8 patients (14.3%) died and 48 patients (85.7%) were able to be discharged within the observation period. The factors related to severity of COVID-19 include age over 60, diabetes, respiratory failure at presentation. Various laboratory parameters have been related with adverse outcomes. These encompass lymphopenia, elevated levels of LDH, interleukin-6, CRP, and procalcitonin. Moreover, we also find out protective factors including complete vaccination and good nutritional status of the patients. **Conclusion:** Our findings suggest that COVID-19 infection in hemodialysis patients increases the risk of mortality and poor prognosis. The risk of death and severity rises with age, comorbidities, respiratory failure, and elevated inflammatory markers at onset.

**Keywords:** End-stage renal disease, hemodialysis, COVID-19, SARS-CoV-2.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID-19 từ ca đầu tiên ở Vũ Hán, Trung Quốc vào tháng 12/2019 đã lan ra toàn cầu, có đến trên 500 triệu người mắc phải và làm tử vong hàng chục triệu người trên thế giới. Bệnh có nhiều biểu hiện từ không có triệu chứng, triệu chứng nhẹ đến biểu hiện nặng phải nhập hồi sức, thở máy, suy đa tạng, thậm chí tử vong [5,6]. Tuy nhiên, cơ chế tại sao biểu hiện lâm sàng khác nhau giữa các cá thể còn chưa được biết rõ. Có nhiều bằng chứng cho thấy mối liên hệ nhân quả giữa bệnh thận và virus SARS-CoV-2, đặc biệt là những bệnh nhân (BN) suy thận giai đoạn cuối (STGĐC) phải lọc máu có tỉ lệ nhập viện và tỉ lệ tử vong cao hơn dân số chung rất nhiều lần. Các nghiên cứu ở nhiều nước trên thế giới cho thấy các triệu chứng SARS-CoV-2 ở nhóm BN này cũng giống như dân số chung. Tuy nhiên, tỉ lệ tử vong cao từ 20-50% [5,6,8]. Các nghiên cứu cũng cho thấy các yếu tố nguy cơ tử vong như giảm hemoglobin (Hb), giảm tiểu cầu, giảm tế bào lympho, tăng ferritin, tăng LDH, tăng interleukin-6 (IL-6)...[3] Suy hô hấp và sốc nhiễm khuẩn là những nguyên nhân gây tử vong thường gặp nhất [5,6,8]. Các số liệu trên được báo cáo ở một số nghiên cứu nhỏ nhưng chưa được ghi nhận một cách hệ thống tại Việt Nam [2]. Dù COVID-19 không còn là đại dịch nhưng các hiểu biết về căn bệnh này vẫn còn cần thiết, giúp cho hệ thống y tế chuẩn bị nguồn lực hiệu quả hơn, điều trị

<sup>1</sup>Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Đại học Rochester, Hoa Kỳ

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Phương Thảo

Email: thao.hnp@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025

thích hợp cho đối tượng nguy cơ cao, chuẩn bị kịch bản cho các đại dịch có thể xảy ra trong tương lai [3]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với các mục tiêu: (1) mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm COVID-19 ở BN lọc máu; (2) mô tả kết quả ngắn hạn nhiễm COVID-19 ở BN lọc máu và các yếu tố liên quan.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu, mô tả loạt ca

**Đối tượng nghiên cứu:** BN STGD lọc máu định kỳ nhập viện bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM (BVĐHYD) vì nhiễm COVID-19 trong khoảng thời gian từ 01/07/2021 đến 31/07/2022.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** (1) BN lớn hơn hoặc bằng 18 tuổi, (2) BN mắc STGD lọc máu định kỳ, (3) BN nhiễm COVID-19 được chẩn đoán bằng Realtime-PCR nhập BVĐHYD TPHCM.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các BN có hồ sơ không được ghi nhận đủ số liệu.

**Các bước tiến hành và phân tích số liệu:**

Tất cả thông tin được điền vào mẫu thống nhất (bảng thu thập số liệu) cho từng BN. Tất cả đối tượng nghiên cứu được lựa chọn theo tiêu chuẩn chọn mẫu (thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ).

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0. Các phép kiểm được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**Vấn đề y đức:** Nghiên cứu đã thông qua hội đồng y đức Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Đặc điểm dân số nghiên cứu, lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu.** Trong thời gian nghiên cứu, từ 01/07/2021 đến 31/07/2022, nhóm nghiên cứu thu thập được 56 BN đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tất cả các BN đều được chẩn đoán xác định bằng realtime-PCR với số CT lúc phát hiện là  $19,37 \pm 0,6$  (11,2 – 29,84), được nhập viện theo dõi cho đến khi virus âm tính. Trong số đó, có 31 BN lọc máu định kỳ tại BV ĐHYD TPHCM (55,4%) và 25 BN đến từ các trung tâm khác (44,6%). Thời gian lọc máu trung vị là 14,5 tháng (khoảng tứ phân vị: 10 – 24,75 tháng). Các BN có số ngày nhiễm trước khi nhập viện trung vị là 1 ngày (1-13 ngày). Các đặc điểm về dân số học, lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu được mô tả chi tiết trong các bảng dưới đây.

**Bảng 1. Đặc điểm dân số học của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	Tần suất Trung bình;	Tỉ lệ ( $\pm$ SD)
----------	----------------------	-------------------

	Trung vị	
Tuổi	62,89 (30 - 92)	$\pm 2$
Trên 60 tuổi	35/56	62,5%
<b>Giới:</b> Nữ	30/56	53,6%
Nam	26/56	46,4%
<b>Địa chỉ:</b> Tỉnh	6/56	10,7%
TPHCM	50/56	89,3%
Nghề nghiệp		
Trí thức	7/56	12,5%
Lao động Chân tay	13/56	23,2%
Không làm việc	36/56	64,3%

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	Tần suất Trung bình; rung vị	Tỉ lệ ( $\pm$ SD) (25% - 75%)
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	22,4 (16 – 29,84)	$\pm 0,4$
Thiếu cân (BMI < 18,5)	6/56	10,7%
Bình thường (18,5 – 22,9)	25/56	44,6%
Thừa cân (23-24,9)	12/56	21,4%
Béo phì (BMI. >25)	13/56	23,2%
Bệnh đồng mắc		
Tăng huyết áp	55/56	98,2 %
Đái tháo đường	35/56	62,5%
Bệnh mạch vành	27/56	48,2%
Suy tim	24/56	42,9%
Rung nhĩ	3/56	5,4 %
Bệnh phổi	0/56	0%
Bệnh gan mạn	2/56	3,6%
Ung thư	2/56	3,6%
Số bệnh đồng mắc	2,67 (0 – 4)	$\pm 2$
Thuốc điều trị nền		
UCMC/UCTT	52/56	92,9%
Ức chế kết tập tiểu cầu	42/56	75%
Ức chế Beta	43/56	76,8%
Statin	53/56	94,6%
Kháng đông	8/56	14,3%
Corticosteroids	12/56	21,4%
Ức chế miễn dịch	5/56	8,9%
Vaccin chống SARS-CoV-2	41/56	73,2%
Số lần tiêm vaccin	1,4 (0 – 4)	$\pm 0,12$
Triệu chứng lâm sàng		
Sốt	34/56	60,7%
Ho	37/56	66,3%
Đau họng	25/56	44,6%
Mất vị/mất mùi	18/56	32,1%
Cảm giác mệt	33/56	58,9%
Đau đầu	12/56	21,4%
Đau cơ	8/56	14,3%
Khó thở	28/56	50 %
Thay đổi tri giác	14/56	25%
Viêm phổi	35/56	62,5%

**Bảng 3. Kết quả cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	Tần suất		Tỉ lệ	
	Trung bình	Trung vị	(±SD)	(25%-75%)
Ure (mg/dL)	173,42 (85,09 – 338,31)		±7,42	
Creatinine (mg/dL)	8,32 (2,05 – 16,31)		± 0,43	
Albumin máu (g/L)	30,79 (18,6 – 39,6)		± 0,6	
Albumin < 35 g/L	44/56		78,6%	
CRP (mg/L)	56,4 (3,7 – 172,6)		± 6,93	
CRP>10 mg/L	41/56		73,2%	
Procalcitonin (ng/mL)		1,42 (0,08 – 305)		0,51 – 4,2
Albumin (g/L)	32,1 (22,7 – 41,8)		±4,42	
Bạch cầu (G/L)		9,4 (3,07-50,53)		6,88-13,77
Neutrophil (G/L)		7,32 (2,49-49)		5,05-10,95
Lymphocyte (G/L)	1,14 (0,12 – 2,78)		± 0,09	
Lymphocyte < 1000 G/L	25/56		44,6%	
Hồng cầu (T/L)	3,28 (1,67 – 5,59)		± 0,12	
Hemoglobin (g/L)	94,76 (54 – 143)		± 3,07	
Tiểu cầu (G/L)	177,03 (20 – 359)		± 10,66	
Tiểu cầu < 150 G/L	18/56		32,1%	
Ferritin (ng/mL)		598		411,08-1092
Ferritin > 500 ng/mL	31/56		55,4%	
Fibrinogen		4,29		3,54 – 5,58
Interleukin 6 (pg/mL)		21,44		10 – 49,72
IL-6> 15 pg/mL	28/56		50%	
LDH		282	37,5%	
LDH > 300 U/L	21/56			240-386
Troponin Ths	87,4			31,77-87,4
Tăng troponin Ths	26/49		53,1%	

**Ghi chú:** UCMC/UCTT: Ưc chế men chuyển/Ưc chế thụ thể

**Kết quả XQ phổi ban đầu.** Tất cả BN đều được chụp XQ phổi, với tổn thương phổi gặp trong 35/56 trường hợp, chiếm tỉ lệ 62,5%. Trong đó, tổn thương kính mờ 31/56 (55,4%); thâm nhiễm lan toả 26/56 (46,4%); thâm nhiễm khu trú 9/56 (16,1%); tràn dịch màng phổi 3/56 (5,4%); không có trường hợp tràn khí màng phổi.

**Chẩn đoán và điều trị COVID-19.** Các BN được phân loại mức độ COVID-19 theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế Việt Nam [1]: nhẹ 23/56 (41,1%); vừa 12/56 (21,4%); nặng 13/56 (23,2%); nguy kịch 8/56 (14,3%). Phần lớn các BN được chạy thận nhân tạo ngắt quãng 51/56 (91,1%). Có 5 BN phối hợp CRRT và Thận nhân tạo ngắt quãng. Có 20/56 trường hợp (35,7%) được điều trị thuốc kháng virus ngay từ ban đầu với molnupiravir 10/56 trường hợp (17,9%), và remdesivir 10/56 trường hợp (17,9%). Phần lớn các BN có dùng kháng sinh đường tĩnh mạch 36/56 trường hợp (64,3%), và 1 BN dùng kháng sinh đường uống (1,8%). Có 33 BN được dùng corticosteroids, trong đó 9 trường hợp dùng methylprednisolone (16,1%) và 24 BN dùng dexamethasone (42,9%). Không có trường hợp nào sử dụng Tocilizumab. Có 31

trường hợp được can thiệp hô hấp: 11 BN được thở oxy qua cannula (19,6%), 3 BN thở mặt nạ (5,41%), 7 BN thở HFNC (12,56%), 10 BN cần thông khí cơ học (17,9%). Có 8 BN cần sử dụng vận mạch (14,3%), chủ yếu là noradrenaline. Một số lớn BN sử dụng kháng đông trong đó 33/56 BN dùng heparin và 1 BN dùng anti-vitamin K. Có 16 BN được truyền máu (28,6%). Nhóm nghiên cứu không có trường hợp nào được thay huyết tương và lọc hấp phụ.

**Kết cục ngắn hạn của nhóm nghiên cứu và các yếu tố liên quan.** Kết quả bước đầu cho thấy có 24 BN xuất viện không có biến chứng (42,9%); 32 BN có biến chứng trong thời gian nằm viện (57,1%) bao gồm: suy đa tạng 9/56 (16,1%); suy hô hấp 29/56 (51,8%); hội chứng nguy ngập hô hấp cấp 12/56 (21,4%); thuyên tắc phổi 1/56 (1,8%); thuyên tắc tĩnh mạch khác 4/56 (7,1%) trong đó chủ yếu là huyết khối trong catheter để chạy thận nhân tạo; choáng 8/56 (14,3%); rối loạn nhịp 1/56 (1,8%); suy gan cấp 1/56 (1,8%). Có 8 BN tử vong trong thời gian nằm viện chiếm tỉ lệ 14,3%, với số ngày nằm viện là  $16,72 \pm 2,74$  ngày (8-28 ngày); nguyên nhân tử vong do COVID-19 là 7 trường

hợp, còn lại 1 trường hợp tử vong do nhồi máu cơ tim.

Do số ca tử vong không nhiều, nên chúng tôi xét các yếu tố liên quan với mức độ nặng của COVID-19 bằng phân tích hồi qui logistic. Bệnh nhân được xem là nặng khi được chẩn đoán nhiễm SARS-CoV-2 mức độ nặng hoặc nguy kịch.

**Bảng 4: Các yếu tố liên quan với mức độ nặng của COVID-19**

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy	p
Tuổi > 60	4,014	1,1 – 14,36	0,045
Đái tháo đường	4,014	1,1–14,365	0,045
Vaccin	0,183	0,05 – 0,65	0,012
Suy hô hấp	15	3,6 – 62,3	< 0,001
Viêm phổi	2,5	1,66 – 3,75	< 0,001
Lymphocyte>1G/L	0,16	0,48 – 0,53	0,002
Ferritin> 500 ng/mL	6,375	1,769 – 22,976	0,005
LDH > 300 U/L	10	2,66–37,47	< 0,001
Interleukin 6 > 15 pg/mL	8,44	2,02 – 37,47	0,03
CRP > 10 mg/L	13,33	1,6–110,98	0,004
Neutrophil>10G/L	21,33	4,8 – 94,7	< 0,001
Procalcitonin > 0,5ng/mL	10,9	1,29 – 91,61	0,01
Albumin >35g/L	0,109	0,013–0,09	0,02

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 56 BN lọc máu định kỳ mắc COVID-19 trong khoảng thời gian nghiên cứu với đặc điểm dân số học tương đồng với các nghiên cứu khác [2,3,4,7]. Khoảng thời gian từ 01/07/2021 đến 31/07/2022 là khoảng thời gian bùng phát dịch COVID-19 nặng nề nhất, với nhiều tổn thất nhất tại TPHCM. Vì vậy, chúng tôi chọn thời điểm này để thấy rõ các biểu hiện lâm sàng rõ rệt nhất, các phương pháp điều trị và kết quả phản ánh trung thực nhất. Các BN trong nhóm nghiên cứu có nhiều bệnh đồng mắc, đặc biệt là tăng huyết áp, đái tháo đường, kế tiếp là bệnh mạch vành và suy tim. Đây là những bệnh đồng mắc thường gặp ở những người lọc máu định kỳ và cũng là yếu tố nguy cơ gây suy giảm miễn dịch và làm tăng tỉ lệ bệnh nặng và tử vong do COVID-19 [5,6]. Các BN có BMI trung vị là 22 trong mức bình thường, phân bố giữa các nhóm về dinh dưỡng đồng đều nhau nên chưa thấy được nguy cơ cao khi mắc COVID-19 ở nhóm BN suy dinh dưỡng hoặc béo phì [3,4,5]. Phần lớn BN được điều trị bệnh nền với 4 nhóm thuốc cơ bản: UCMC/UCTT, Ức chế Beta, Statin và Ức chế kết tập tiểu cầu. Hầu hết BN đều sử dụng UCMC/UCTT, phần nào cho thấy mặc dù virus xâm nhập tế bào thông qua thụ thể

ACE2 nhưng việc sử dụng UCMC/UCTT chưa cho thấy làm nặng lên tình trạng bệnh COVID-19 [5,6]. Các triệu chứng lâm sàng nổi bật bao gồm sốt, ho, cảm giác mệt, khó thở cũng đồng nhất với kết quả của các nghiên cứu của Goicoechea M tại Tây Ban Nha [4], Stefan G tại Romania [7] cũng như Li P [5] tại Trung Quốc và Đàm MK [2] tại Việt Nam. Có 62,5% BN bị viêm phổi với các hình ảnh XQ điển hình như kính mờ, tổn thương phế nang lan toả hai phế trường. Kết quả này cũng được quan sát thấy ở các nghiên cứu trên thế giới [4,5,7]. Các xét nghiệm sinh hoá máu cũng cho thấy kết quả tương tự các công bố nước ngoài với các biểu hiện phản ứng viêm và cơn bão cytokin cao như tăng CRP > 10 mg/L, procalcitonin > 0,5 ng/mL, giảm bạch cầu lympho <1 G/L, tăng ferritin > 500 ng/mL, tăng IL-6 > 15 pg/mL, LDH > 300 U/L [1,3,4,7,8]. Điều này giải thích được cơ chế bệnh sinh của COVID-19 khi virus xâm nhập vào tế bào qua thụ thể ACE2, kết dính với màng tế bào và giải phóng RNA virus vào trong tế bào, tạo dòng thác nhân đôi virus và các đáp ứng miễn dịch của ký chủ, gây nên cơn bão cytokine, giải phóng các yếu tố gây viêm, gây tổn thương mô, rò rỉ mạch máu, dẫn đến viêm hệ thống, tăng đông và thuyên tắc vi mạch [3,6,8].

Các BN trong nhóm nghiên cứu chủ yếu nhiễm COVID-19 ở mức độ không nặng. Điều này là do vào thời điểm nghiên cứu, chúng tôi phải nhập viện tất cả BN có SARS-CoV-2 dương tính sau khi tầm soát hàng loạt. Tiêu chuẩn nhập viện khác hẳn với các nghiên cứu nước ngoài [4,5,7]. Về điều trị thuốc kháng virus có 17,9% được điều trị bằng molnupiravir đối với các trường hợp COVID-19 mức độ nhẹ và trung bình, có 17,9% được điều trị bằng remdesivir tính mạch đối với các trường hợp nặng và nguy kịch. Tổng quan hệ thống năm 2023 của tác giả Zeng B [8] cho thấy các thuốc kháng virus chủ yếu có tác dụng ngăn ngừa diễn tiến nặng ở các trường hợp nhiễm COVID-19 mức độ nhẹ và trung bình chứ không thể cải thiện tỉ lệ tử vong nếu đã diễn tiến nặng, cũng như không thể phòng ngừa nhiễm SARS-CoV-2 ở những người tiếp xúc gần với đối tượng nguy cơ. Hơn nữa, dữ liệu sử dụng các thuốc kháng virus còn hạn chế đối với những người lọc máu định kỳ. Một vài nghiên cứu nhỏ về Paxlovid và Molnupiravir cho thấy an toàn và hiệu quả khi điều trị cho những BN lọc máu định kỳ ngoại trú [8]. Sau khi tổng kết các phương pháp điều trị, tác giả này cũng nhận thấy việc điều trị COVID-19 cho đến thời điểm này chủ yếu dựa trên điều trị nâng đỡ và cần chủng ngừa rộng rãi ít nhất 2 mũi vaccin phòng ngừa COVID.

Đặc biệt ở những đối tượng STGDC lọc máu định kỳ cần phải tiêm tăng cường mũi thứ ba mới đủ nồng độ kháng thể [8].

Kết cục ngắn hạn cho thấy nhóm nghiên cứu của chúng tôi phần lớn hồi phục không có biến chứng hoặc có biến chứng nhưng được điều trị hiệu quả không để lại di chứng. Tỷ lệ tử vong của nhóm nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 14,3%, mặc dù vẫn cao hơn nhiều so với dân số chung là 1-3% nhưng thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu khác như của tác giả Đàm MK là 23,7% [2]; của Goicoecha M tại Tây Ban Nha là 30,5% [4], tác giả Li P tổng quan hệ thống từ 22 nghiên cứu trên 13 191 BN có tỷ lệ tử vong là 24%. Điều này có thể lý giải là do hầu hết BN mắc bệnh nhẹ, nhập viện sớm, được bao phủ vaccin tốt. Khi phân tích hồi qui logistic chúng tôi cũng tìm ra các yếu tố làm nặng tình trạng bệnh bao gồm: tuổi cao, tiền sử mắc đái tháo đường, suy hô hấp và viêm phổi lúc nhập viện, có các yếu tố viêm như giảm bạch cầu lympho, tăng LDH, tăng IL-6, tăng CRP, tăng procalcitonin. Các yếu tố bảo vệ gồm có chủng ngừa đầy đủ và tình trạng dinh dưỡng tốt.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy nhiễm SARS-CoV-2 ở BN lọc máu có triệu chứng thường gặp là sốt, ho, đau họng, viêm phổi, có tỷ lệ tử vong là 14,3%. Các biện pháp điều trị còn hạn chế, nên cho đến hiện nay, để bảo vệ bệnh nhân cần chủng ngừa đầy đủ và dinh dưỡng tốt, phòng tránh lây lan virus.

## KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ PHÒNG BỆNH RĂNG MIỆNG Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN THÁI THƯỢNG HOÀNG NĂM 2024

Ngô Văn Mạnh<sup>1</sup>, Phạm Vân Thuý<sup>2</sup>, Hoàng Tiến Hải<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kiến thức, thực hành về phòng bệnh răng miệng ở người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 tại Bệnh viện Thái Thượng Hoàng, thành phố Vinh năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ y tế.** "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19" số 250/QĐ-BYT ký ngày 28/01/2022.
- Đàm MK, Lê THV, Nguyễn TQM & Phan VB.** Khảo sát tỉ lệ tử vong ở các bệnh nhân bệnh thận mạn nhiễm COVID-19 điều trị ngoại trú tại Khoa Nội Thận - Miễn dịch ghép Bệnh viện nhân dân 115. Tạp chí Y học Việt Nam 2023; 529 (1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v529i1.6268>.
- Alsayed AR, Ahmed SI, Al Shweiki AO, et al.** The laboratory parameters in predicting the severity and death of COVID-19 patients: Future pandemic readiness strategies. Biomolecules and Biomedicine 2024, Vol 24, No 2: 238-255. Doi: 10.17305/bb.2023.9540.
- Goicoecha M, Camara LAS, Macias N., et al.** COVID-19: Clinical course and outcomes of 36 hemodialysis patients in Spain. Kidney Int (2020) 98: 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.04.031>.
- Li P, Guan Y, Zhou S, et al.** Mortality and risk factors for COVID-19 in hemodialysis patients: a systematic review and meta-analysis. Science progress 2022, Vol 105 (3): 1-21. Doi: 10.1177/00368504221110858.
- Reis T, Fisher M, Nash C, et al.** Chapter 59: Kidney Diseases associated with Coronavirus. In: Comprehensive Clinical Nephrology, Johnson RJ, Floege J, Tonelli M, eds, 7<sup>th</sup> edition, Elsevier 2024.
- Stefan G, Mehedinti AM, Andreiana I, et al.** Clinical features and outcome of maintenance hemodialysis patients with COVID-19 from a tertiary nephrology care center in Romania. Renal Failure 2021, Vol 43, No 1: 49-57. <https://doi.org/10.1080/0886022X.2020.1853571>.
- Zeng B, Zhou J, Peng D, et al.** The prevention and treatment of COVID-19 in patients treated with hemodialysis. European Journal of Medical Research (2023): 28: 410. <https://doi.org/10.1186/s40001-023-01389-9>.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

<sup>3</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt và Phẫu thuật thẩm mỹ Thái Thượng Hoàng

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Mạnh

Email: manhsdh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.7.2025

Ngày duyệt bài: 14.8.2025

tả cắt ngang trên 209 người bệnh ĐTĐ típ 2 tại Bệnh viện Thái Thượng Hoàng từ 07/2024 đến 12/2024. Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc để đánh giá kiến thức (12 câu) và thực hành (10 câu) về chăm sóc sức khỏe răng miệng (CSSKRM). Tiêu chuẩn "Đạt" được xác định khi người bệnh trả lời đúng từ 70% số câu hỏi trở lên. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh đạt kiến thức chung về CSSKRM là 63,2%. Đa số biết bệnh răng miệng ảnh hưởng sức khỏe (93,8%) và biết viêm quanh răng là biến chứng của ĐTĐ (70,3%). Tuy nhiên, tỷ lệ đạt thực hành chung chỉ là 45,9%. Chỉ 43,1% người bệnh chải răng có hướng dẫn và chỉ 34,4% chải răng 2 lần/ngày, mỗi lần trên 3 phút. Việc sử dụng chỉ nha khoa còn rất hạn chế, với 37,3% không bao giờ dùng. Gần một nửa số người bệnh (44,5%) chỉ đi khám khi bệnh đã nặng. Tỷ lệ đạt thực