

# Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm Covid-19 tại Bệnh viện Trung ương Huế

Nguyễn Đức Hoàng, Phạm Như Hiệp, Nguyễn Thanh Xuân,  
Nguyễn Đình Khoa, Lê Văn Sáng  
Bệnh viện Trung ương Huế

## TÓM TẮT

Bệnh coronavirus (COVID-19) là một bệnh truyền nhiễm do một loại coronavirus mới phát hiện gây ra. Hầu hết những người bị nhiễm vi rút COVID-19 sẽ bị nhiễm ở bệnh đường hô hấp từ nhẹ đến trung bình và hồi phục mà không cần điều trị đặc biệt. Người lớn tuổi và những người mắc các bệnh nền như bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh hô hấp mãn tính, suy thận mạn và ung thư có nhiều khả năng phát triển bệnh nặng nề hơn. Cách tốt nhất để ngăn ngừa và làm chậm sự lây truyền là được thông báo đầy đủ về vi rút COVID-19, căn bệnh mà nó gây ra và cách thức lây lan của nó. Bảo vệ bản thân và những người khác khỏi bị nhiễm trùng bằng cách rửa tay hoặc sử dụng chất tẩy rửa có cồn thường xuyên và không chạm vào da mặt. Virus COVID-19 lây lan chủ yếu qua các giọt nước bọt hoặc dịch tiết ra từ mũi khi người bị nhiễm bệnh ho hoặc hắt hơi. Vì vậy, điều quan trọng là bạn cũng cần thực hành các nghi thức hô hấp.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus corona là chủng virus mới có cùng “họ hàng” với loại virus gây nên đại dịch SARS (Hội chứng hô hấp cấp tính nặng) và MERS (Hội chứng viêm đường hô hấp vùng Trung Đông). Virus corona họ các virus có thể gây ra các bệnh lý của đường hô hấp trên và đường tiêu hóa ở người và một số loài động vật. Virus này thường lây nhiễm qua tiếp xúc trực tiếp với chất tiết đường hô hấp của người bệnh [1].

Ở người, loại virus này có thể gây bệnh nhẹ từ cảm lạnh thông thường đến các bệnh nghiêm trọng. Chủng virus corona mới gây bệnh viêm phổi cấp bắt nguồn từ Vũ Hán (Trung Quốc) thuộc họ Virus corona (2019-nCoV) là chủng mới chưa xác định trước đây ở người.

Nhà khoa học Leo Poon, người đầu tiên giải mã Virus corona, cho rằng chủng virus mới chắc chắn đã phát sinh từ động vật rồi lây sang con người. Một số nguồn tin cho rằng ban đầu virus này là một biến thể virus của dơi và rắn và sau đó lây từ rắn sang người. 2019-nCoV là chủng thứ bảy trong họ Corona Virus có khả năng lây từ người sang người với trình tự bộ gen giống 75-80% của Hội chứng hô hấp cấp.

COVID-19, bệnh viêm đường hô hấp cấp do chủng mới của virus corona được phát hiện lần đầu tiên tại thành phố Vũ Hán, tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc vào tháng 12/2019. Đến nay, nhiều quốc gia/vùng lãnh thổ trên toàn cầu đã ghi nhận các trường hợp mắc. Chính dịch này, đã làm nhiều nhà khoa học tầm cỡ trên thế giới đảo điên khi hàng ngàn người vô tội chết, bắt lực điều trị và dự phòng.

Theo cập nhật của Bộ Y tế Việt Nam (6h00 ngày 4/4/2021), thế giới: 131.322.887 người mắc; 2.858.051 người tử vong; Việt Nam: 2.629 người mắc; 2.383 ca khỏi bệnh; 35 ca tử vong [1].

Sự bùng phát COVID-19 lần 2 tại Việt Nam, nổi trội nhất tại Đà Nẵng. Bệnh viện Trung ương đã sẵn sàng kế vai sát cánh chia lửa cùng Bệnh viện Đa khoa Đà Nẵng và Bệnh viện C - Đà Nẵng. Bệnh

viện Trung ương Huế đã tiếp nhận 24 bệnh nhân trong tình trạng nhiễm covid-19 nặng trên bệnh nền đa bệnh lý. Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài: “Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh nhân COVID -19 tại bệnh viện Trung ương Huế” với 2 mục tiêu nghiên cứu:

**1.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân nhiễm COVID -19 (+)**

**1.2. Các biện pháp điều trị và kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm COVID -19 (+)**

**2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu**

24 bệnh nhân nhiễm COVID-19 (+) được chuyển từ bệnh viện Đà Nẵng và bệnh viện C - Đà Nẵng ra bệnh viện Trung Ương Huế - Cơ sở 2.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, tiến cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: Tất cả 24 bệnh

nhân nhiễm COVID-19 (+), từ Đà Nẵng chuyển ra đều đưa vào nghiên cứu.

- Công cụ thu thập số liệu: Lập phiếu khảo sát, phân hành chánh, tiền sử bệnh.

Triệu chứng lâm sàng: mạch, nhiệt, huyết áp, thanh điểm Glasgow, khám về các cơ quan trong cơ thể.

Cận lâm sàng: Xét nghiệm về công thức máu, điện giải đồ, khí máu, ure, creatinin máu, D-dimer máu, X quang phổi...

- Phương pháp thu thập số liệu: Nhập phần mềm Excel 2000, SPSS.20.

- Quy trình can thiệp:

+ Điều trị: Thở máy xâm nhập và không xâm nhập, thận nhân tạo chu kỳ, lọc máu liên tục CRRT, ECMO, chuyển máu, thuốc vận mạch...

- Phương pháp quản lý, xử lý và phân tích số liệu: Tất cả số liệu nhập chương trình Excel 2000, xử lý thống kê bằng chương trình SPSS 2000.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Bảng 1. Bảng phân bố tuổi - giới

	Nam	Nữ	Tổng
<b>n</b>	11	13	24
<b>Tỷ lệ (%)</b>	45,82	54,18	100
<b>Tuổi (TBC ± ĐLC)</b>	56,09 ± 9,26	57,69 ± 18,02	56,96 ± 14,40
<b>p</b>	>0,05		

\* **Nhận xét:** Trong 24 bệnh nhân COVID-19 (+) nghiên cứu của chúng tôi (2021), nam giới mắc covid -19 chiếm tỷ lệ 45,82% (tuổi trung bình 56,09 ± 9,26), nữ giới chiếm tỷ lệ 54,18% (tuổi trung bình 57,69 ± 18,02), tuổi trung bình cả 2 giới là 56,96 ± 14,40 tuổi, không khác biệt có ý nghĩa thống về tuổi và giới (p>0,05).

Bảng 2. Bảng phân bố tiền sử mắc bệnh mạn tính

	THA	ĐTĐ	STM	COPD	Ung thư	02 BMT	03 BMT	04 BMT
<b>BMT</b>	12	06	16	06	04	09	05	01
<b>Tỷ lệ (%)</b>	50	25	66,67	25	16,67	37,50	20,83	4,17

## ► NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

\* **Nhận xét:** Trong 24 bệnh nhân COVID-19 (+) nghiên cứu của chúng tôi (2021), suy thận mạn (STM) có 16 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 66,67%, 12 bệnh nhân tăng huyết áp (THA) chiếm tỷ lệ 50%, 06 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ), 06 bệnh nhân đợt cấp viêm phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) chiếm tỷ lệ 25%, 04 trường hợp ung thư chiếm tỷ lệ 16,67%. Trong 24 bệnh nhân COVID-19 (+) thì có 09 ca kèm 02 bệnh mạn tính (BMT) nói trên chiếm tỷ lệ 37,50%, 05 ca kèm 03 BMT chiếm tỷ lệ 20,83%, 01 ca kèm 04 BMT chiếm tỷ lệ 4,17%.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng

	Mạch	Nhiệt	HATh	HATr	HATB	GCS	TST
TBC ± ĐLC	92,58 ±17,47	37,33 ±0,64	131,46 ±34,37	74,17 ±17,67	93,26 ±22,51	11,75 ±4,32	21,41 ±1,79

\* **Nhận xét:** Trong 24 bệnh nhân COVID-19 (+) có 02 bệnh nhân hôn mê sâu GCS 3 điểm. 12 bệnh nhân sốc nhiễm trùng, tụt huyết áp phải dùng thuốc vận mạch.

Bảng 4. Xét nghiệm cận lâm sàng

	Covid	Hồng cầu	Bạch cầu	Tiểu cầu	D-dimer
TBC ± ĐLC	(+)	3,49±0,64	8,30±5,25	167,25±97,29	9057,38±154,34

\* **Nhận xét:** Trong nghiên cứu bệnh nhân COVID-19, đặc biệt nồng độ D-dimer rất cao, nồng độ D-dimer trung bình 9057,38±154,34 ng/mL.

Bảng 5. Xét nghiệm cận lâm sàng

Máu	Ure	Creatinin	Na <sup>+</sup>	K <sup>+</sup>	Cl <sup>-</sup>
TBC ± ĐLC	12,89±9,62	354,92±198,94	141,84±9,32	3,61±0,58	102,38±7,42

\* **Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi (2021), có 16 bệnh nhân COVID-19 bị STM giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ.

Bảng 6. Điều trị

	Thở máy	TNT	CRRT	ECMO	2 kỹ thuật trở lên	Thuốc vận mạch
n	14	09	07	03	03	12
Tỷ lệ (%)	58,33	37,50	29,17	12,50	12,50	50
	<b>Tử vong</b>				<b>Sống</b>	
Tỷ lệ (%)	12 (50%)				12 (50%)	

\* **Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi (2021), có 14 bệnh nhân COVID-19 phải thở máy (58,33%), 09 bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ (37,50%), lọc máu liên tục 09 bệnh nhân (29,17%), 3 bệnh nhân chạy ECMO (12,50%), 12 bệnh nhân phải sử dụng thuốc vận mạch (50%, Noradrenalin, Adrenalin, Dobutamin). Tỷ lệ chết, tỷ lệ sống ngang nhau, 50%.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng COVID-19 (+)

Trong 24 bệnh nhân COVID-19 (+) nghiên cứu của chúng tôi (2021), nam giới mắc covid-19 chiếm tỷ lệ 45,82% (tuổi trung bình  $56,09 \pm 9,26$ ), nữ giới chiếm tỷ lệ 54,18% (tuổi trung bình  $57,69 \pm 18,02$ ), tuổi trung bình cả 2 giới là ( $56,96 \pm 14,40$ ) tuổi, không khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi và giới ( $p > 0,05$ ).

Theo thống kê của Bộ Y tế, trong 35 bệnh nhân tử vong, có 19 bệnh nhân nữ, chiếm tỷ lệ 54,29%, nam giới chiếm 45,71%, không khác biệt giữa tuổi và giới ( $p > 0,05$ ). Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự như kết quả của Bộ Y tế báo cáo COVID-19 (+) ở Việt Nam. Nhưng do công tác dự phòng tốt, sự tuân thủ nghiêm túc về cách ly, phòng bệnh hữu hiệu. Chính vì vậy, tỷ lệ nhiễm và tử vong rất ít. Đây chính là điểm nổi bật của Việt Nam chúng ta (Bảng 1).

Tuy nhiên, theo các nghiên cứu dịch tễ lớn thế giới trên 20 nước có COVID-19 xảy ra, tỷ lệ nhiễm COVID-19 giữa nam và nữ ngang nhau, như tỷ lệ nam tử vong cao hơn nữ, có nhiều nguyên nhân lý giải do ít tham gia vận động, dinh dưỡng thấp, đi khám y tế muộn hơn, ... nên tỷ lệ tử vong cao hơn [5].

Sự lây nhiễm SARS-CoV-2 và hội chứng liên quan COVID-19 đã gây tử vong gần 3 triệu người trên toàn thế giới. Bệnh nhân càng lớn tuổi, bệnh nền càng nhiều thì nguy cơ tử vong càng cao. Qua nghiên cứu 26 bệnh nhân tử vong do COVID-19 tại Bệnh viện Đại học Charité Berlin, Đức (2021) nhận thấy rằng sốc nhiễm trùng và suy đa phủ tạng là nguyên nhân tử vong thường gặp nhất. Một số bệnh đi kèm, như suy thận mạn, tăng huyết áp, bệnh tim thiếu máu cục bộ và béo phì chiếm tỷ lệ cao. Chính vì vậy, tác giả ghi nhận rằng bệnh nhân chết vì COVID-19 có liên quan mật thiết với mức độ nặng của bệnh nền và các loại bệnh nền có ý nghĩa với cơ chế tử vong [12].

Trong 24 bệnh nhân Covid - 19 (+) nghiên cứu của chúng tôi (2021), suy thận mạn giai đoạn cuối (STM) có 16 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 66,67%, 12 bệnh nhân THA chiếm tỷ lệ 50%, 06 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ), 06 bệnh nhân đợt cấp viêm phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) chiếm tỷ lệ 25%, 04 trường hợp ung thư chiếm tỷ lệ 16,67%. Trong 24 bệnh nhân Covid (+) thì có 09 ca kèm 02 bệnh mạn tính (BMT) nói trên chiếm tỷ lệ 37,50%, 05 ca kèm 03 BMT chiếm tỷ lệ 20,83%, 01 ca kèm 04 BMT chiếm tỷ lệ 4,17% (Bảng 2).

Theo nghiên cứu của tác giả Mehrdad Rostami và cs. (2020), nồng độ D-dimer huyết tương là một trong những biện pháp được sử dụng để phát hiện huyết khối ở bệnh nhân COVID-19. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng sự gia tăng nồng độ D-dimer và fibrinogen trong giai đoạn đầu của bệnh COVID-19, nồng độ D-dimer huyết tương tăng gấp 3 đến 4 lần có liên quan đến tiên lượng xấu. Ngoài ra, các bệnh tiềm ẩn như ĐTĐ, ung thư, đột quỵ và mang thai có thể làm tăng nồng độ D-dimer ở bệnh nhân COVID-19. Xét nghiệm nồng độ D-dimer huyết tương và các thông số đông máu từ giai đoạn đầu của bệnh cũng có thể hữu ích trong việc kiểm soát và quản lý bệnh COVID-19 [9].

Theo nghiên cứu của Litao Zhang & cs. (2020), nghiên cứu 343 bệnh nhân COVID-19 nhận thấy nồng độ ngưỡng tối ưu của D-dimer huyết tương để dự đoán tử vong khi nhập viện là 2.000 ng/mL với độ nhạy 92,3% và độ đặc hiệu là 83,3%. Có 67 bệnh nhân với D-dimer  $\geq 2.000$  ng/mL và 267 bệnh nhân với D-dimer  $< 2.000$  ng/mL khi nhập viện. Trong đó, có 13 trường hợp tử vong khi nhập viện. Bệnh nhân có nồng độ D-dimer  $\geq 2.000$  ng/mL có tỷ lệ tử vong cao hơn khi so sánh với những người có nồng độ D-dimer  $< 2.000$  ng/mL (12/67 so với 1/267,  $p < 0,001$ ; tỷ lệ nguy cơ, 51,5; khoảng tin cậy 95%, 12,9 - 206,7). Tác giả đi đến kết luận nồng độ D-dimer huyết tương khi nhập viện lớn hơn 2.000 ng/mL (tăng gấp bốn lần) có thể dự đoán hiệu quả tỷ lệ tử vong khi nhập viện ở bệnh



nhân COVID-19, điều này cho thấy D-dimer có thể là một dấu hiệu sớm và hữu ích để cải thiện việc quản lý bệnh nhân COVID-19 [7].

Theo nghiên cứu của Xiaokang He và cs. (2021), kết quả của nghiên cứu lâm sàng đa trung tâm này cho thấy D-dimer có liên quan đến phân loại lâm sàng của bệnh nhân COVID-19 và có thể được sử dụng để đánh giá tiên lượng của bệnh nhân. Nồng độ D-dimer là 2.025 ng/mL là ngưỡng xác suất tối ưu để đánh giá nguy cơ tử vong. Sau khi phân nhóm theo nồng độ D-Dimer huyết tương 2.025 ng/mL ở bệnh nhân COVID - 19, về tuổi cao, giới tính nam, triệu chứng khó thở và các bệnh kèm như THA, bệnh mạch vành, ĐTĐ, bệnh mạch máu não, là những yếu tố ảnh hưởng đến giá trị D-dimer, tác động đến tiên lượng của bệnh nhân. Bệnh nhân COVID-19 có các yếu tố nguy cơ trên có nguy cơ tử vong cao hơn so với bệnh nhân nồng độ D-dimer dưới ngưỡng đó. Vì vậy, cần phải theo dõi động nồng độ D-dimer, để phát hiện các biến chứng huyết khối càng sớm càng tốt và thực hiện các biện pháp dự phòng tương ứng để giảm huyết khối và nguy cơ xuất huyết trong tiêu sợi huyết, từ đó giảm tỷ lệ tử vong do COVID-19. Trong nghiên cứu bệnh nhân COVID-19 của chúng tôi (2021), nồng độ D-dimer huyết tương rất cao, nồng độ D-dimer trung bình  $9057,38 \pm 154,34$  ng/mL (Bảng 3.4.1), một trong những yếu tố nguy cơ gây tử vong cao ở bệnh nhân COVID-19.

Theo nghiên cứu của Kooman J.P., Van der Sande F.M. (2021), COVID-19 đã ảnh hưởng lớn đến nhiều bệnh nhân chạy thận chu kỳ và đặt ra yêu cầu lớn đối với các cơ sở lọc máu. Các đợt bùng phát dịch COVID-19 đã được hạn chế bằng các biện pháp phòng bệnh nghiêm ngặt cần thiết để hạn chế sự lây truyền. Tuy nhiên, về mặt lâm sàng bệnh nhân COVID-19 xuất hiện nhiều bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ với các triệu chứng lâm sàng tương đối nhẹ và không đặc hiệu, nhưng tỷ lệ tử vong lại cao. Tỷ lệ tử vong càng cao ở những bệnh nhân thận nhân tạo nhiễm COVID-19.

Đối với bệnh nhân suy thận cấp, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân nhiễm COVID-19 thận nhân tạo chu

kỳ là rất cao và cần có biện pháp điều trị khẩn cấp để cải thiện ở những bệnh nhân này. Bên cạnh các thuốc tăng cường miễn dịch, điều trị cơn bão cytokine, mặc dù cần có thêm bằng chứng. Trước tình hình đại dịch đang diễn ra phức tạp, tác giả nghiên cứu đề xuất các chuyên gia thận học sẽ tiếp tục đóng vai trò chính trong cuộc chiến và điều trị chống lại căn bệnh này [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi (2021), có 16 bệnh nhân COVID-19 bị STM giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ (66,67%). Chính ngay yếu tố này dẫn đến tử lệ tử vong rất cao.

#### **4.2. Các biện pháp điều trị và kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm COVID -19 (+)**

Theo nghiên cứu của Raymond Chang và cs. (2021), đánh giá toàn diện có hệ thống và phân tích tổng hợp các trường hợp COVID-19 tại khoa ICU và bệnh nhân thở máy xâm cùng với các kết quả liên quan. Tác giả đi đến kết luận, mối liên hệ đáng kể của suy thận cấp, hội chứng suy hô hấp tiến triển, thở máy xâm nhập với tử vong có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ) đối với việc lập kế hoạch nguồn lực của khoa ICU cho suy thận cấp và hội chứng suy hô hấp tiến triển, cũng như đề xuất nhu cầu nghiên cứu sâu hơn về các chiến lược thông khí tối ưu cho bệnh nhân COVID-19 ở khoa ICU. Sự khác biệt giữa các khu vực về kết quả cho thấy cần phải phát triển các quy trình cụ thể cho khu vực để hỗ trợ thở máy cũng như điều trị tổng thể [10].

María Dolores Arenasa và cs. (2020), sự bùng phát dịch COVID-19 thể hiện một nguy cơ đặc biệt đối với bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ cùng với bệnh kèm và lớn tuổi. Việc thực hiện điều trị chạy thận nhân tạo thông thường trong các phòng không đảm bảo cách ly thì dễ làm tăng nguy cơ lây nhiễm COVID-19. Vì vậy, cần phải đảm bảo cách ly tốt khi chạy thận nhân tạo cho bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ [8].

Lili Chan, Suraj K. Jaladanki, Sulaiman Somani và cs. (2021), COVID-19 đã có những tác động tàn phá trên toàn thế giới. Bệnh nhân STM giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ có nguy cơ cao, kết cục xấu

hơn. Một nghiên cứu quan sát gần đây trên những bệnh nhân nhập viện vì suy thận và COVID-19 đã báo cáo tỷ lệ tử vong là 31% [6].

Castaneda, Jorge1 và cs. (2021), nghiên cứu lọc máu liên tục (CRRT) ở bệnh nhân COVID-19, qua 12 bệnh nhân COVID-19, 6/12 (50%) tử vong sau 28 ngày, 8/12 (66%) phát triển suy thận cấp (AKI) và 4/12 (33%) là bệnh nhân STM giai đoạn cuối (ESKD). Trong số những người sống sót tại 28 ngày 5/6 là bệnh nhân AKI và 1/6 là bệnh nhân ESKD, 3/4 bệnh nhân ESKD sống sót ở ngày 28. Trong số các bệnh nhân AKI, biểu hiện phổ biến nhất là AKI trong tình trạng suy đa cơ quan và cần dùng thuốc vận mạch. CRRT được thực hiện ở 8/12 bệnh nhân đang sử dụng thuốc vận mạch liều cao có cải thiện huyết động ở 48 giờ ở 6/8 trong số họ. CRRT được bắt đầu từ ngày 10/12 bệnh nhân đã thở máy. Trong số những người sống sót sau AKI, 3/5 người có thể khỏi nhờ CRRT và 2/5 người còn lại được lọc máu vào ngày 28, cả hai bệnh nhân vẫn đang thở máy.

Chúng tôi kết luận rằng việc thực hiện CRRT ở bệnh nhân COVID-19 là một phần của phương pháp điều trị hỗ trợ và có thể tránh tử vong sắp xảy ra [2].

Theo nghiên cứu của tác giả Ryan P Barbaro và cs. (2020) cho thấy nhiều công trình nghiên cứu lớn khuyến cáo sử dụng phương pháp hỗ trợ oxy qua màng ngoài cơ thể (ECMO) cho suy hô hấp cấp do giảm oxy máu liên quan đến COVID-19. Tuy nhiên, các báo cáo ban đầu về việc sử dụng ECMO ở bệnh nhân COVID-19 cho thấy tỷ lệ tử vong rất cao và chưa có nghiên cứu thuần tập quốc tế quy mô lớn về ECMO đối với COVID-19 [11].

Theo nghiên cứu của Jenelle Badulak và cs. (2021), về vai trò của ECMO cho bệnh nhân suy tim phổi nặng do bệnh COVID -19 (+). Trên 90% bệnh nhân suy hô hấp (ARDS) cấp tính cần hỗ trợ ECMO tĩnh mạch (V-V) [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi (2021), có 14 bệnh nhân COVID-19 phải thở máy (58,33%), 09 bệnh nhân chạy thận nhân tạo

chu kỳ (37,50%), lọc máu liên tục 09 bệnh nhân (29,17%), 3 bệnh nhân chạy ECMO (12,50%), 12 bệnh nhân phải sử dụng thuốc vận mạch (50%, Noradrenalin, Adrenalin, Dobutamin). Tuy nhiên, với phương pháp theo dõi chặt chẽ, điều trị hồi sức tích cực, với bệnh nền nặng nề kèm nhiễm COVID-19, tỷ lệ chết, tỷ lệ sống ngang nhau, 50% (12 bệnh nhân tử vong và 12 bệnh nhân sống trở về với gia đình).

## 5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 24 bệnh nhân nhiễm COVID-19 với nhiều bệnh kèm, suy đa cơ quan tiếp nhận từ Bệnh viện Đa khoa Đà Nẵng và Bệnh viện C – Đà Nẵng. Chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

### 5.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng COVID-19 (+)

Nam giới mắc COVID-19 chiếm tỷ lệ 45,82% (tuổi trung bình  $56,09 \pm 9,26$ ), nữ giới chiếm tỷ lệ 54,18% (tuổi trung bình  $57,69 \pm 18,02$ ), tuổi trung bình cả 2 giới là ( $56,96 \pm 14,40$ ) tuổi, không khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi và giới ( $p > 0,05$ ).

Suy thận mạn giai đoạn cuối có 16 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 66,67%, 12 bệnh nhân THA chiếm tỷ lệ 50%, 06 bệnh nhân đái tháo đường típ 2, 06 bệnh nhân đợt cấp viêm phổi tắc nghẽn mạn tính chiếm tỷ lệ 25%, 04 trường hợp ung thư chiếm tỷ lệ 16,67%.

Trong 24 bệnh nhân COVID -19 (+) thì có 09 ca kèm 02 bệnh mạn tính chiếm tỷ lệ 37,50%, 05 ca kèm 03 bệnh mạn tính chiếm tỷ lệ 20,83%, 01 ca kèm 04 bệnh mạn tính chiếm tỷ lệ 4,17%.

Nồng độ D-dimer huyết tương rất cao, nồng độ D-dimer trung bình  $9057,38 \pm 154,34$  ng/mL, một trong những yếu tố nguy cơ gây tử vong cao ở bệnh nhân COVID-19.

### 5.2. Các biện pháp điều trị và kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm COVID -19 (+)

14 bệnh nhân COVID-19 phải thở máy (58,33%), 09 bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ (37,50%), lọc máu liên tục 09 bệnh nhân

(29,17%), 3 bệnh nhân chạy ECMO (12,50%), 12 bệnh nhân phải sử dụng thuốc vận mạch (50%, Noradrenalin, Adrenalin, Dobutamin).  
Phương pháp theo dõi chặt chẽ, điều trị hồi sức tích cực, với bệnh nền nặng nề kèm nhiễm COVID-19, tỷ lệ chết, tỷ lệ sống ngang nhau, 50% (12 bệnh nhân tử vong và 12 bệnh nhân sống trở về với gia đình).

---

## **TREATMENT RESULTS OF COVID-19 PATIENTS AT HUE CENTRAL HOSPITAL**

### **Summary**

Coronavirus disease (COVID-19) is an infectious disease caused by a newly discovered coronavirus. Most people infected with the COVID-19 virus will experience mild to moderate respiratory illness and recover without requiring special treatment. Older people and those with underlying medical problems like cardiovascular disease, diabetes, chronic respiratory disease, chronic renal failure, and cancer are more likely to develop severe illnesses. The best way to prevent and slow down transmission is to be well informed about the COVID-19 virus, the disease it causes, and how it spreads. Protect yourself and others from infection by washing your hands or using an alcohol-based rub frequently and not touching your face. The COVID-19 virus spreads primarily through droplets of saliva or discharge from the nose when an infected person coughs or sneezes, so it's important that you also practice respiratory etiquette.

---

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

### **TIẾNG VIỆT**

1. Sức khỏe - Đời sống (2021), “Covid – 19, Cập nhật mới nhất”, Bộ Y tế, ngày 04/4/2021.

### **TIẾNG ANH**

2. Castaneda, Jorge and al. (2021), Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT) in COVID-19 Patients, *Critical Care Medicine*: January 2021 - Volume 49 - Issue 1 - p 145; doi: 10.1097/01.ccm.0000727148.32553.96.
3. Kooman J.P., Van der Sande F.M. (2021), COVID-19 in ESRD and Acute Kidney Injury, *Blood Purification*, Keywords: COVID-19PathophysiologyKidneyDialysis, Blood Purif, <https://doi.org/10.1159/000513214Review> - *Advances in CKD* 2021.
4. Jenelle Badulak, M Velia Antonini, Christine M Stead and al. (2021), ECMO for COVID-19: Updated 2021 Guidelines from the Extracorporeal Life Support Organization (ELSO), *Affiliations* expand PMID: 33657573, DOI: 10.1097/MAT.0000000000001422.
5. Jian-Min Jin, Pen Bai, Wei He, and al. (2020), Gender Differences in Patients With COVID-19: Focus on Severity and Mortality, ORIGINAL RESEARCH ARTICLE, *Front. Public Health*, 29 April 2020 | <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00152>.
6. Lili Chan, Suraj K. Jaladanki, Sulaiman Somani and al. (2021), Outcomes of Patients on Maintenance Dialysis Hospitalized with COVID-19, *CJASN* March 2021, 16 (3) 452-455; DOI: <https://doi.org/10.2215/CJN.12360720>.

7. Litao Zhang, Xinsheng Yan, Qingkun Fan and al. (2020), D-dimer levels on admission to predict in-hospital mortality in patients with Covid-19, *J Thromb Haemost*. 2020 Jun;18(6):1324-1329. doi: 10.1111/jth.14859
8. María Dolores Arenasa, Judit Villarb, Cristina Gonzálezc ang al. (2020), Management of the SARS-CoV-2 (COVID-19) coronavirus epidemic in hemodialysis units, DOI: 10.1016/j.nefroe.2020.04.001.
9. Mehrdad Rostami, Hassan Mansouritorghabeh (2020), D-dimer level in COVID-19 infection: a systematic review, *Expert Rev Hematol*. 2020 Nov;13(11):1265-1275. doi: 10.1080/17474086.2020.1831383. Epub 2020 Oct 12.
10. Raymond Chang, Khaled Mossad Elhousseiny, Yu-Chang Yeh and al. (2021), COVID-19 ICU and mechanical ventilation patient characteristics and outcomes—A systematic review and meta-analysis, Published: February 11, 2021 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246318>.
11. Ryan P Barbaro, Graeme MacLaren, Philip S Boonstra and al. (2020), Extracorporeal membrane oxygenation support in COVID-19: an international cohort study of the Extracorporeal Life Support Organization registry, Published: September 25, 2020 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32008-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32008-0).
12. Sefer Elezkurtaj, Selina Greuel, Jana Ihlow, and al. (2021), Causes of death and comorbidities in hospitalized patients with COVID-19, <https://www.nature.com/articles/s41598-021-82862-5>.
13. Xiaokang He, Fei Yao, Jie Chen, Yan Wang, and al. (2021), The poor prognosis and influencing factors of high D-dimer levels for COVID-19 patients, *Scientific Reports* volume 11, Article number: 1830 (2021).