

- Bộ Y tế** (2014). Hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em. Quyết Định Số 101/QĐ - BYT.
- Cheng Y., Cheng Y., Dai S., et al.** (2022). The Prevalence of Mycoplasma pneumoniae Among Children in Beijing Before and During the COVID-19 Pandemic. *Front Cell Infect Microbiol*, 12.
- Phạm Văn Hòa** (2019). Đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae tại Bệnh viện Xanh Pôn. *Tạp Chí Học Việt Nam*, 482(Tháng 9-Số đặc biệt), 355–361.
- Esposito S., Argentiero A., Gramegna A., et al.** (2021). Mycoplasma pneumoniae: a pathogen with unsolved therapeutic problems. *Expert Opin Pharmacother*, 22(9), 1193–1202.
- Đặng Mai Liên** (2021). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố liên quan tới viêm phổi nặng do Mycoplasma pneumoniae ở trẻ em, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, Hải Phòng.
- Trần Thị Cườm** (2018). Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng viêm phổi nặng do Mycoplasma pneumoniae tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Trình Thị Huyền** (2017). Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi do Mycoplasma pneumoniae tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO ĐỊNH KỲ ĐƯỢC CHỤP ĐỘNG MẠCH VÀNH

Lê Thị Thu Thảo¹, Trương Quang Bình²

TÓM TẮT

Giới thiệu: Bệnh động mạch vành (ĐMV) làm tăng nguy cơ tử vong cả ngắn hạn và dài hạn ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) chưa hay đã điều trị thay thế thận. Tỷ lệ bệnh ĐMV ở bệnh nhân lọc máu cao, ước tính khoảng 40-50%⁶. Thật không may, việc giảm tỷ lệ tử vong do bệnh ĐMV trên bệnh nhân chạy thận nhân tạo (CTNT) định kỳ gặp nhiều khó khăn do tổn thương rất phức tạp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm tổn thương ĐMV ở bệnh nhân CTNT định kỳ được chụp ĐMV. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu được thực hiện trên bệnh nhân CTNT định kỳ được chụp ĐMV tại khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện Nguyễn Tri Phương. **Kết quả:** Hồi cứu hồ sơ 06 năm từ tháng 10/2016 đến hết tháng 09/2022 ghi nhận 67 trường hợp CTNT định kỳ được chụp ĐMV. Tỷ lệ tổn thương nhiều nhánh ĐMV trong nghiên cứu là 67,3%, tỷ lệ tổn thương lan tỏa (>2cm) là 74,6%. Có 56,7% tổn thương ĐMV tít C theo phân loại của Hiệp hội Tim Hoa Kỳ/ Trường môn Tim Hoa Kỳ (AHA/ACC). Tỷ lệ vôi hóa ĐMV là 70,2%. Tỷ lệ tử vong ngắn hạn trong 30 ngày sau chụp ĐMV tương ứng ở nhóm có và không can thiệp ĐMV là 15,2% và 14,3% không khác biệt, $p > 0,05$. **Kết luận:** Hầu hết tổn thương ĐMV ở bệnh nhân CTNT là nhiều nhánh, vôi hóa, lan tỏa và phức tạp. Kết cục ngắn hạn của bệnh nhân CTNT định kỳ có kèm bệnh ĐMV thường xấu, nguy cơ tử vong cao.

Từ khóa: bệnh động mạch vành, chạy thận nhân tạo, lọc máu, chụp động mạch vành

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERY LESIONS IN CHRONIC HEMODIALYSIS PATIENTS RECEIVED CORONARY ANGIOGRAPHY

Background: Coronary artery disease (CAD) increases the risk of both short-term and long-term mortality in patients with end-stage chronic kidney disease who have not or have received renal replacement therapy. The rate of CAD in dialysis patients is high, estimated at 40-50%⁶. Unfortunately, it is difficult to reduce the mortality rate from CAD in chronic hemodialysis patients because the lesions are complicated. **Objectives:** To evaluate the characteristics of coronary artery lesions in chronic hemodialysis patients received coronary angiography. **Methods:** A retrospective descriptive cross-sectional study was conducted on chronic hemodialysis patients received coronary angiography at the Interventional Cardiology Department, Nguyen Tri Phuong Hospital. **Results:** Retrospective study of 6-year from October 2016 to the end of September 2022 recorded 67 cases of chronic hemodialysis patients received coronary angiography. The rate of multi-vessels lesions in the study was 67.3%, the rate of diffuse lesions (>2cm) was 74.6%. There are 56.7% of type C coronary artery lesions according to the classification of the American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC). The rate of coronary artery calcification is 70.2%. The short-term mortality rate within 30 days after coronary angiography in the groups with and without coronary artery intervention was 15.2% and 14.3%, respectively, with no difference, $p > 0.05$. **Conclusions:** Most coronary artery lesions in chronic hemodialysis patients are multi-vessels, calcified, diffuse and complicated. The short-term outcome of chronic hemodialysis patients associated with CAD is poor, with a high risk of death.

Keywords: coronary artery disease, hemodialysis, dialysis, coronary angiography

¹Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

²Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Thảo

Email: lethuthaodr@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2024

Ngày duyệt bài: 28.5.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ BTMĐC đã ổn định ở mức cao ở Mỹ và các quốc gia có thu nhập cao, tuy nhiên, tỷ lệ ngày càng tăng ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình. Tỷ lệ tử vong do tim mạch hàng năm của BN CTNT khoảng 40 tuổi theo báo cáo năm 2013 ở Mỹ là tương đương ở người trưởng thành 80 tuổi trong dân số chung². Do đó, để giảm tỷ lệ tử vong ở BN CTNT đòi hỏi những nỗ lực phối hợp để giảm tỷ lệ tử vong do tim mạch. Tuy nhiên, một thực tế lâm sàng là các can thiệp trên BN CTNT để biến chứng hơn dân số chung nên hầu hết các chuyên khoa rất thận trọng trên đối tượng này.

Đặc biệt, 20 năm qua, tử vong này vẫn chưa cải thiện và ngay cả sau được tái tưới máu, tử vong hai năm của BN CTNT có NMCT cấp vẫn là 73%⁴. Việc giảm tỷ lệ tử vong do bệnh ĐMV gặp khó khăn do thiếu các chứng cứ chứng minh điều trị có hiệu quả trên những tổn thương quá phức tạp. Chụp ĐMV vẫn là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán xác định bệnh ĐMV trên BN CTNT. Can thiệp ĐMV qua da vẫn là phương pháp điều trị hữu hiệu các thể bệnh ĐMV trên đối tượng này, đặc biệt trong NMCT cấp.

Xuất phát từ những vấn đề thực tế nêu trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu 6 năm tại bệnh viện đang công tác nhằm khảo sát đặc điểm tổn thương ĐMV ở BN CTNT định kỳ dựa theo kết quả chụp ĐMV trên phim và đĩa lưu kèm hồ sơ bệnh án. Câu hỏi nghiên cứu của chúng tôi là: "Đặc điểm tổn thương ĐMV ở BN CTNT định kỳ được chụp ĐMV?"

Mục tiêu nghiên cứu: *Khảo sát đặc điểm tổn thương ĐMV ở BN CTNT định kỳ được chụp ĐMV.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả BN CTNT ít nhất 3 tháng quanh thời điểm được chụp ĐMV tại khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

Tiêu chuẩn loại trừ. Tổn thương thận cấp Bệnh thận cấp

BN CTNT ở Bệnh viện Nguyễn Tri Phương được chụp ĐMV ở các bệnh viện khác

Thời gian CTNT không đủ 3 tháng quanh thời điểm chụp ĐMV.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả, hồi cứu.

Phương pháp tiến hành. Xác định danh sách BN có chụp ĐMV ở Bệnh viện Nguyễn Tri Phương và CTNT trong cùng một đợt nằm viện dựa vào danh sách BN nhập phòng thông tim và

khoa Thận-Lọc máu trong 6 năm, từ tháng 10/2016 đến hết tháng 09/2022. Chọn những trường hợp thỏa tiêu chí chọn bệnh, mượn hồ sơ giấy từ Phòng Kế hoạch Tổng hợp và các tệp lưu trữ hình ảnh chụp +/- can thiệp ĐMV ở Khoa Tim mạch can thiệp; thu thập thông tin theo bảng thu thập số liệu.

Hẹp có ý nghĩa ĐMV là hẹp trên 50% đường kính ngang của một hoặc nhiều nhánh lớn ĐMV hoặc thân chung. Phân tít tổn thương ĐMV thành 3 tít A, B, C dựa theo phân loại AHA/ACC⁵. Hội chứng vành cấp gồm 3 thể bệnh: (1) đau thắt ngực không ổn định; (2) NMCT cấp không ST chênh lên và (3) NMCT cấp ST chênh lên. Tuy nhiên, vì là nghiên cứu hồi cứu nên chúng tôi ghi nhận thông tin các biến số theo hồ sơ.

Xử lý và phân tích số liệu. Các số liệu được mã hóa, lưu trữ và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0, Exel 2016. Sử dụng tỷ lệ phần trăm để mô tả biến số định tính; trung bình và độ lệch chuẩn để mô tả biến số định lượng có phân bố chuẩn; trung vị và tứ phân vị mô tả biến số định lượng không có phân bố chuẩn. Dùng phép kiểm t, Mann-Whitney U so sánh hai số trung bình; phép kiểm χ^2 hoặc Fisher Exact so sánh hai tỷ lệ. Với độ tin cậy 95%, ngưỡng $p < 0,05$ được xem là khác biệt có ý nghĩa.

Nghiên cứu đã duyệt qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh và được chấp thuận vào ngày 31/10/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

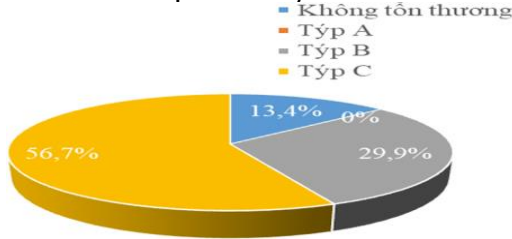
Nghiên cứu hồi cứu 06 năm thu nhận hồ sơ 67 lượt chụp ĐMV đầu tiên trên 67 BN CTNT định kỳ. Thời gian CTNT trung vị trước chụp ĐMV là 24,0 (8,0-36,0) tháng, tuổi trung bình 62,3 \pm 11,0, trẻ nhất 29 tuổi và lớn nhất 85 tuổi. Tỷ lệ nam 53,7% (36/67) và nữ là 46,3% (31/67). Về tỷ lệ bệnh đồng mắc có thể là nguyên nhân suy thận: tăng huyết áp 17,9% (12/67), đái tháo đường 26,9% (18/67), thận đa nang 1,5% (1/67), đồng mắc cả hai tăng huyết áp và đái tháo đường 53,7% (36/67). Tỷ lệ có đái tháo đường chung là 80,6% (54/67). Nồng độ Hb trung bình 10,0 \pm 1,5 g/dL.

Bảng 1: Tỷ lệ hẹp ĐMV > 50% (n=67)

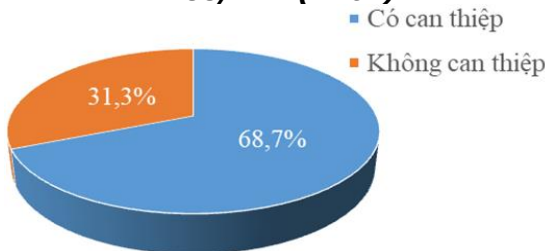
Hẹp ĐMV >50%	n (%)
Bệnh một nhánh	13 (19,4)
LAD	8 (61,5)
Cx.	4 (30,8)
RCA	1 (7,7)
Bệnh hai nhánh	23 (34,3)
LAD + Cx	8 (34,8)
LAD + RCA	11 (47,8)

Cx + RCA	4 (17,4)
Bệnh ba nhánh	22 (32,8)
Không	9 (13,4)

Tỷ lệ có bệnh thân chung là 14,9% (10/67), tất cả đều kèm bệnh hai hay ba nhánh ĐMV.



Biểu đồ 2: Phân loại tổn thương ĐMV theo ACC/AHA (n=67)



Biểu đồ 3: Tỷ lệ can thiệp ĐMV (n=67)

Tỷ lệ với hóa ĐMV ở nam là 80,6% và nữ 58,1% khác biệt có ý nghĩa, phép kiểm χ^2 , $p=0,045 < 0,05$. $OR=2,99(1,01-8,91)$. Tỷ lệ với hóa ĐMV chung của nghiên cứu là 70,15% (47/67). Về lý do chụp ĐMV: tỷ lệ hội chứng vành cấp là 88,1% (59/67), còn lại là không hội chứng vành cấp 11,9% (8/67). Có 9 trường hợp chụp ĐMV không tổn thương gập hẹp có ý nghĩa ĐMV: 2/9 trường hợp là sau ngưng tim nghỉ do NMCT cấp khi đang lọc máu được hồi sức có tim lại; 3/9 là phù phổi cấp xảy ra ngoài lọc máu; 1/9 là nghi bệnh động mạch vành mạn; 2/9 là suy tim phân suất tống máu giảm chưa rõ nguyên nhân, theo dõi bệnh động mạch vành, 1/9 là theo dõi đau thắt ngực không ổn định, còn dai dẳng sau điều trị nội khoa tối ưu.

Tỷ lệ tử vong chung sau 30 ngày chụp ĐMV là 10/67(14,9%) trường hợp. Tính cụ thể cho 2 nhóm có và không can thiệp tương ứng là 7/46 (15,2%) và 3/21(14,3%) trường hợp. Thời gian sống trung vị sau chụp ĐMV của nhóm BN CTNT định kỳ được chụp ĐMV đến thời điểm kết thúc lấy mẫu hồi cứu là 12(3,30) tháng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát hồi cứu 6 năm, gồm 67 BN CTNT định kỳ được chụp ĐMV tại Khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, thỏa tiêu chí chọn bệnh, tất cả đều có triệu chứng nghi bệnh ĐMV, xảy ra khi đang

lọc máu hoặc giữa các lần lọc máu. Cỡ mẫu khá khiêm tốn, chỉ 67 trường hợp trong 6 năm hồi cứu, có nhiều hơn nghiên cứu tại bệnh viện Thống Nhất cách nay 7 năm và ở Mỹ cách nay gần 40 năm (bảng 4), có thể liên quan đặc thù đối tượng nghiên cứu là nhóm BN có tổn thương ĐMV phức tạp, khó can thiệp và khi can thiệp thì nhiều rủi ro, lợi ích và nguy cơ còn chưa rõ ràng; yếu tố khác nữa là đơn vị Lọc máu mới thành lập trước thời điểm 6 năm không lâu, số BN CTNT định kỳ cũng tăng dần qua các năm khi cơ sở vật chất và đội ngũ nhân viên về Thận nhân tạo được trang bị và đào tạo thêm. Nghiên cứu tại Ấn Độ 2018 thực hiện chẩn đoán bệnh ĐMV bằng tiêu chuẩn vàng là chụp ĐMV, ở tất cả BN mới bắt đầu lọc máu và không tiền căn bệnh ĐMV, là khác biệt hoàn toàn so với đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận thông tin trên 97 BN trong gần 3 năm. Có lẽ các nhà lâm sàng đang cần thêm bằng chứng về những đặc trưng liên quan bệnh ĐMV trên riêng đối tượng này khi mà số lượng BN CTNT định kỳ ngày càng tăng, kèm theo đó là các biến cố tim mạch - nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nhóm này- cũng ngày càng tăng.

Bảng 4: Các nghiên cứu khảo sát bệnh ĐMV ở BN CTNT

Nghiên cứu	Năm	Cỡ mẫu	Thời gian tuyền bệnh	Tiêu chuẩn chọn mẫu
Rostand SG, Kirk KA, Rutsky EA, Mỹ ⁷	1984	34	11,5 năm	BN lọc máu chụp ĐMV vì cơn đau thắt ngực hoặc NMCT.
Nguyễn Văn Tân, Nguyễn Bách, Nguyễn Minh Quân, Hồ Thượng Dũng ¹ Bệnh viện Thống Nhất. Tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc	2016	24	5 năm	BN ≥ 60 tuổi, chụp ĐMV có tổn thương hẹp có ý nghĩa +/- can thiệp chương trình, sau khi đã vào chạy thận định kỳ, đủ hồ sơ nghiên cứu và đồng ý tham gia.
Surendra M, Raju S, Mukku KK và cs, Ấn Độ ⁸ Đơn trung tâm	2018	97	34 tháng	BTMGĐC lọc máu được chụp ĐMV trong 2 tuần đầu, loại trừ BN có tiền căn bệnh ĐMV hoặc đã từng chụp ĐMV.

Đặc điểm tổn thương ĐMV. Hẹp >50% trên chụp ĐMV là tương ứng giảm 75% thiết diện ĐMV thật sự. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ hẹp có ý nghĩa ĐMV ở nhóm BN CTNT định kỳ có triệu chứng được chụp ĐMV là 86,6% (58/67). Trên thế giới, vấn đề này đã được quan tâm từ sớm nhưng chủ yếu vẫn là hồi cứu dữ liệu sẵn có, hầu hết cỡ mẫu khá nhỏ. Cách nay khoảng 40 năm, một nghiên cứu nhằm xác định mối liên quan giữa triệu chứng và mức độ hẹp ĐMV cũng như những yếu tố liên quan xơ vữa động mạch, hẹp có ý nghĩa khi chụp ĐMV là hẹp $\geq 50\%$ một hoặc nhiều nhánh lớn ĐMV hay thân chung⁷. Kết quả chỉ 53% (18/34) nhóm BN được chụp ĐMV vì cơn đau thắt ngực hoặc NMCT là hẹp có ý nghĩa. Có thể sau nhiều thập kỷ, cùng với sự tiến bộ và cải tiến liên tục của khoa học, tỷ lệ hẹp ĐMV ở BN có triệu chứng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khác so với trước, 86,6% so với 53%. Tuy nhiên, cũng khó so sánh vì hai đất nước khác nhau, đối tượng của chúng tôi có hơn 80% có đái tháo đường, tỷ lệ bệnh xơ vữa động mạch cao. Vẫn còn đó sự dễ nhầm lẫn các triệu chứng của bệnh ĐMV và BTMGĐC chạy thân định kỳ, còn một nhóm lớn BN còn lại không chụp ĐMV có thể sót bệnh do sự dễ nhầm lẫn này.

Nghiên cứu tiến cứu của tác giả Nguyễn Văn Tân¹ trên 24 BN chạy thận ≥ 60 tuổi chọn đối tượng là BN có tổn thương ĐMV với định nghĩa hẹp $\geq 50\%$ thân chung hoặc $\geq 70\%$ một trong ba nhánh chính, là các BN được chụp \pm can thiệp ĐMV chương trình, khác với nghiên cứu của chúng tôi chọn tất cả BN được chụp ĐMV cả cấp cứu và chương trình, mức hẹp có ý nghĩa chúng tôi dựa theo y văn là $\geq 50\%$ thân chung hoặc nhánh chính. Hai nhóm BN đều là chạy thận định kỳ nhưng khá khác nhau.

Tỷ lệ vôi hóa ĐMV trong nghiên cứu của chúng tôi là 70,15% (47/67). Kết luận vôi hóa dựa trên kết quả chụp ĐMV Bác sĩ Tim mạch can thiệp ghi nhận trên phiếu và đọc bổ sung trên dữ liệu lưu trữ. Điểm đặc biệt của vôi hóa áo giữa trong bệnh thận mạn là sự hiện diện của vôi hóa mạch ở cả những BN bệnh thận mạn trẻ, những người không có yếu tố nguy cơ xơ vữa động mạch truyền thống. Vôi hóa áo giữa gây cứng động mạch, làm giảm độ đàn hồi, giảm tưới máu mạch vành và làm nặng thêm bệnh ĐMV.

Hơn 85% tổn thương ĐMV trong nghiên cứu của chúng tôi là tít B, C, tít C là nhiều nhất. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tân và cộng sự trên 24 BN ≥ 60 tuổi CTNT tại bệnh viện Thống Nhất năm 2016 cũng cho kết quả tổn thương mạch

vành tít C là thường nhất 62,5%¹. Toàn bộ BN trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Tân là có chỉ định can thiệp, khác với chúng tôi, là có chỉ định chụp ĐMV và cũng ghi nhận có 9/67 trường hợp không có tổn thương ĐMV có ý nghĩa. Sang thương càng phức tạp thì tỷ lệ thành công càng giảm, có 2/67 trường hợp can thiệp ĐMV không thành công trong nghiên cứu của chúng tôi đều là tổn thương tít C.

Lý do chụp ĐMV. Về lý do chụp ĐMV 09 trường hợp không có tổn thương hẹp ĐMV ý nghĩa: 5 trong 9 là nghi do NMCT cấp khi tiếp cận biến cố ngưng tim, huyết áp phụ thuộc vận mạch hoặc phù phổi cấp; 2 trong 9 là suy tim PSTM giảm chưa rõ nguyên nhân, theo dõi bệnh ĐMV và 2 trong 9 trường hợp là theo dõi đau thắt ngực không ổn định, còn dai dẳng dù điều trị nội khoa tối ưu. Điều này là phù hợp với y văn: Bệnh ĐMV ở BN CTNT định kỳ triệu chứng lâm sàng thường vay mượn, dễ nhầm các biến chứng của lọc máu, suy thận..., xét nghiệm thường không điển hình⁶.

Kết cục sống còn trong 30 ngày. Tỷ lệ tử vong chung sau 30 ngày chụp ĐMV là 14,9% là không khác biệt giữa 2 nhóm có và không can thiệp. Mục tiêu tối thượng của chăm sóc BN CTNT theo KDOQI 2015 là cải thiện chất lượng cuộc sống, với mục tiêu thêm vào là tăng tuổi thọ³. Nghiên cứu của chúng tôi chưa cho thấy khác biệt kết cục tử vong 30 ngày ở hai nhóm có và không can thiệp, tuy nhiên, nghiên cứu lại không có thông tin về chất lượng cuộc sống của BN sau can thiệp. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tân trên 24 BN ≥ 60 tuổi chạy thận định kỳ thực hiện theo dõi dọc 3 năm, tử vong ở nhóm BN không được đặt stent là 100% trong vòng 18 tháng theo dõi, tỉ lệ sống còn giảm dần ở nhóm đặt stent sau 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng lần lượt là 90%; 78%; 45% và 20%¹. Tỷ lệ tử vong sau 30 ngày ở nhóm có can thiệp của chúng tôi là 15% có phần cao hơn so với 10% sau 6 tháng, tuy nhiên, không thực hiện được phép so sánh này vì hai nhóm đối tượng khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi là hồi cứu có tất cả trường hợp cần can thiệp cấp cứu, chúng tôi không loại trừ các trường hợp ngưng tim, tụt huyết áp cần hỗ trợ chẩn đoán xác định, khác với nghiên cứu tiến cứu của tác giả Nguyễn Văn Tân, là chụp \pm can thiệp ĐMV chương trình, cần đồng thuận của người tham gia, những trường hợp nặng như trên sẽ không thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua hồi cứu hồ sơ và đĩa chụp ĐMV của 67

BN CTNT định kỳ trong 6 năm, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tổn thương nhiều nhánh ĐMV 67,3%, tổn thương tếp C 56,7% và tỷ lệ có can thiệp ĐMV là 68,7%. Tỷ lệ vô hóa ĐMV là 70,2%. Lý do chủ yếu dẫn đến chụp ĐMV là hội chứng vành cấp (88,1%). Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày đầu ở nhóm có và không can thiệp ĐMV là 15,2% và 14,3% chưa có khác biệt. Tuy nhiên, vì là nghiên cứu hồi cứu, cỡ mẫu nhỏ dù đã kéo dài thời gian thu thập 06 năm, nhiều dữ liệu bị thiếu, nhiều biến số nghiên cứu quan trọng là ghi nhận từ hồ sơ nên khó áp dụng các biện pháp kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, làm giảm độ tin cậy của kết quả nghiên cứu.

VI. LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân thành cảm ơn Thầy - PGS.TS. Phạm Văn Bùi luôn đò tạo, hỗ trợ chúng tôi thực hiện nhiệm vụ chăm sóc người bệnh CTNT định kỳ. Xin chân thành cảm ơn sự hợp tác của Khoa TMCT, Khoa Thận-Lọc máu và Phòng KHTH BV Nguyễn Tri Phương trong quá trình thu thập số liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Tân, Nguyễn Bách, Nguyễn Minh Quân, Hồ Thượng Dũng. Đặc điểm tổn thương và kết quả can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân cao tuổi suy thận mạn giai đoạn cuối được lọc máu chu kì. Chuyên đề Tim mạch học. 2016;

2. Allon M. Evidence-based cardiology in hemodialysis patients. J Am Soc Nephrol. Dec 2013; 24(12): 1934-43. doi:10.1681/asn.2013060632
3. Daugirdas JT, Depner TA, Inrig J, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Hemodialysis Adequacy: 2015 Update. American Journal of Kidney Diseases. 2015; 66(5): 884-930. doi:10.1053/j.ajkd.2015.07.015
4. Herzog CA, Littrell K, Arko C, Frederick PD, Blaney M. Clinical Characteristics of Dialysis Patients With Acute Myocardial Infarction in the United States. Circulation. 2007;116(13):1465-1472. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.696765
5. Hoe J. CT coronary angiography of chronic total occlusions of the coronary arteries: How to recognize and evaluate and usefulness for planning percutaneous coronary interventions. The international journal of cardiovascular imaging. 02/01 2009;25 Suppl 1:43-54. doi:10.1007/s10554-009-9424-7
6. McCoy IE. Management of Ischemic Heart Disease, Heart Failure, and Pericarditis in Patients Undergoing Long-Term Dialysis. In: Allen R. Nissenson RNF, Rajnish Mehrotra, Joshua Zaritsky, ed. Handbook of Dialysis Therapy. 6th ed. Elsevier; 2022:413-420:chap 46.
7. Rostand SG, Kirk KA, Rutsky EA. Dialysis-associated ischemic heart disease: insights from coronary angiography. Kidney Int. Apr 1984; 25(4):653-9. doi:10.1038/ki.1984.70
8. Surendra M, Raju S, Mukku KK, Ved Prakash CH, Raju N. Coronary Angiography Profile at the Time of Hemodialysis Initiation in End-Stage Renal Disease Population: A Retrospective Analysis. Indian J Nephrol. Sep-Oct 2018;28(5): 370-373. doi:10.4103/ijn.IJN_271_17

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG TINH TRÙNG CỦA NGƯỜI DÂN PHUN THUỐC TRỪ SÂU PHOSPHO HỮU CƠ TẠI TỈNH AN GIANG

Nguyễn Hồng Lập¹, Ngô Quốc Đạt¹, Nguyễn Văn Chinh¹, Nguyễn Kim Trung¹, Lâm Vĩnh Niên¹, Nguyễn Nhị Đệ², Trần Thiện Thuận¹, Trần Quang Hiền³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chất lượng tinh trùng của nam có xu hướng giảm do nhiều nguyên nhân trong đó có yếu tố phơi nhiễm thuốc Bảo vệ thực vật (BVTV). **Mục tiêu** xác định chất lượng tinh trùng của người dân phơi nhiễm thuốc BVTV gốc phospho hữu cơ (OP) tại tỉnh An Giang, Đồng bằng Sông Cửu Long. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 184 đối

tượng. **Kết quả:** Nhóm tiếp xúc có các chỉ số bất thường như mật độ là 14,7%; tổng số lượng tinh trùng là 13,8%, di động tiến tới là 62,9%; hình dạng bất thường là 26,7% cao hơn nhóm không tiếp xúc. Phân tích Pearson có tương quan thuận giữa PChE và các thông số tinh dịch đồ, trừ tinh trùng bất động là có mối tương quan nghịch ($p < 0,001$). **Kết luận:** Kết quả phản ánh tình trạng phơi nhiễm thuốc trừ sâu OP có liên quan giảm PChE và chất lượng tinh trùng, kết quả là bằng chứng về những rủi ro khi tiếp xúc với thuốc BVTV. **Từ khóa:** Phơi nhiễm thuốc BVTV, tinh trùng đồ, nồng độ PChE.

SUMMARY

EVALUATION OF SPERM QUALITY OF PEOPLE SPRAYING ORGANOPHOSPHATE PESTICIDES EXPOSURE IN AN GIANG PROVINCE

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Trung tâm Y tế Thị Xã Giá Rai, Bạc Liêu

³Sở Y tế Tỉnh An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Lập

Email: nguyenhonglap@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2024

Ngày duyệt bài: 28.5.2024