

- 33(9), 931–939.
3. **K. C. Choi, J. S. Kim, K. S. Ryu, B. U. Kang,, Y. Ahn., S. H. Lee K.C.C.** (2013). Percutaneous endoscopic lumbar discectomy for L5-S1 disc herniation: transforaminal versus interlaminar approach. *Pain Physician*, 16(6), 547–556.
 4. **Chen, H. C., Lee, C. H., Wei, L., Lui, T. N., Lin, T. J.** (2015). Comparison of percutaneous endoscopic lumbar discectomy and open lumbar surgery for adjacent segment degeneration and recurrent disc herniation. *Neurol Res Int*.
 5. **Choi, K. C., Lee, J. H., Kim, J. S., Sabal, L. A., Lee, S., Kim, H., & Lee, S. H.** (2015). Unsuccessful percutaneous endoscopic lumbar discectomy: a single-center experience of 10 228 cases. *Neurosurgery*, 76(4), 372–381.
 6. **Daniel H.Kim, Gun Choi & Sang-Ho Lee** (2010). Interlaminar Surgical Approach in Endoscopic Spine Procedures. *Thieme*, 135.
 7. **Kim, C. H., Chung, C. K., Woo, J. W.** (2016). Surgical outcome of percutaneous endoscopic interlaminar lumbar discectomy for highly migrated disk herniation. *Clin Spine Surg*, 29(5), E259–E266.
 8. **Wang H, Zhou Y, Zhang Z.** Postoperative dysesthesia in minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion: a report of five cases. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.* 2016; 25(5):1595-1600.doi:10.1007/s00586-015-4365-4

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TĂNG ÁP LỰC ĐỘNG MẠCH PHỔI MỨC ĐỘ TRUNG BÌNH - NẶNG BẰNG LỌC MÁU TÍCH CỰC Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN 5

Nguyễn Như Nghĩa¹, Lâm Thị Thu Ba²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: So với lọc máu thông thường thì liệu pháp lọc máu tích cực cho thấy tỷ lệ sống sót cao hơn và cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của lọc máu tích cực đối với bệnh nhân tăng áp lực động mạch phổi (ALĐMP) do BTM giai đoạn 5. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị tăng ALĐMP mức độ trung bình - nặng bằng lọc máu tích cực ở bệnh nhân BTM giai đoạn 5. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả những bệnh nhân BTM giai đoạn 5 đang được lọc máu định kỳ được chẩn đoán tăng ALĐMP mức độ trung bình - nặng tại Khoa Thận - Lọc máu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $44,37 \pm 12,94$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/1,2. Phần lớn bệnh nhân có thời gian lọc máu ≥ 5 năm (68,6%). Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (62,9%). Tăng huyết áp và đái tháo đường type 2 là hai bệnh lý đi kèm rất thường gặp. ALĐMP tâm thu trung bình là $53,86 \pm 11,77$ mmHg trước điều trị, sau khi lọc máu, giá trị này giảm xuống còn $43,97 \pm 17,04$ mmHg ($p = 0,001$). Triệu chứng khó thở giảm từ 50,0% xuống 23,9%, phù giảm từ 73,9% xuống 34,8% ($p < 0,001$) và đau ngực giảm từ 21,7% xuống 6,5% ($p = 0,016$). Trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ điều trị thành công chung và tỷ lệ tái biến lần lượt là 65,7% và 37,0%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cung cấp bằng chứng hỗ trợ rằng lọc máu

tích cực là một liệu pháp tiềm năng trong điều trị tăng ALĐMP ở bệnh nhân BTM giai đoạn 5, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân trung bình - nặng.

Từ khóa: Bệnh thận mạn giai đoạn 5, tăng áp lực động mạch phổi, lọc máu tích cực.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF MODERATE-TO-SEVERE PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION USING INTENSIVE HEMODIALYSIS IN PATIENTS WITH STAGE 5 CHRONIC KIDNEY DISEASE

Background: Compared to conventional dialysis, intensive hemodialysis has demonstrated higher survival rates and significant improvements in quality of life. However, there is limited research on the efficacy of intensive hemodialysis in patients with pulmonary arterial hypertension (PAH) secondary to stage 5 CKD. **Objective:** The study aims to evaluate the therapeutic effectiveness of intensive hemodialysis in treating moderate-to-severe PAH in patients with stage 5 CKD undergoing dialysis. **Subjects and Methods:** All patients diagnosed with stage 5 CKD undergoing regular dialysis diagnosed with moderate-to-severe pulmonary hypertension (PAH) at the Nephrology and Dialysis Department of Kien Giang General Hospital from August 2023 to August 2024. **Results:** The mean age of the study population was 44.37 ± 12.94 years, with a male-to-female ratio of approximately 1:1.2. Most patients had been on dialysis for ≥ 5 years (68.6%). The average body mass index (BMI) group constituted the highest proportion (62.9%). Hypertension and type 2 diabetes mellitus were the most common comorbidities. The mean systolic pulmonary artery pressure was 53.86 ± 11.77 mmHg before treatment, which decreased to 43.97 ± 17.04 mmHg after dialysis ($p = 0.001$). Dyspnea reduced from 50.0% to 23.9% ($p < 0.001$), edema from 73.9% to 34.8% ($p < 0.001$), and chest

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Nghĩa

Email: nnnghia@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025

pain from 21.7% to 6.5% ($p = 0.016$). Among study participants, the overall treatment success rate was 65.7%, while the complication rate was 37.0%. **Conclusion:** The findings provide evidence supporting intensive hemodialysis as a potential therapeutic option for treating PAH in stage 5 CKD patients, particularly in those with moderate-to-severe disease severity. **Keywords:** Stage 5 chronic kidney disease (CKD), pulmonary arterial hypertension, intensive hemodialysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

BTM giai đoạn 5 thường gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng, trong đó tăng áp động mạch phổi là một rối loạn tiến triển dẫn đến biến chứng tim mạch, phổi và các biến chứng khác với tỷ lệ tử vong cao [6], [9]. Trong điều trị tăng ALĐMP ở bệnh nhân BTM giai đoạn 5, so với lọc máu thông thường thì liệu pháp lọc máu tích cực cho thấy tỷ lệ sống sót cao hơn và cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Nghiên cứu của Akiash và cộng sự cho thấy sau hai tháng điều trị bằng lọc máu tích cực, các bệnh nhân có sự gia tăng đáng kể nồng độ hemoglobin, cải thiện chức năng tâm thu thất trái và giảm ALĐMP ở bệnh nhân BTM giai đoạn 5 [3]. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của lọc máu tích cực đối với bệnh nhân tăng ALĐMP mức độ trung bình nặng ở bệnh nhân BTM giai đoạn 5. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả điều trị tăng áp lực động mạch phổi mức độ trung bình - nặng bằng lọc máu tích cực ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân BTM giai đoạn 5 đang được lọc máu định kỳ được chẩn đoán có tăng ALĐMP tại Khoa Thận lọc máu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.
- Bệnh nhân có BTM giai đoạn 5 được chẩn đoán dựa theo tiêu chuẩn KDIGO 2012, với mức lọc cầu thận ước tính < 15 ml/phút/1,73m² da [10].
- Bệnh nhân đang được điều trị bằng lọc máu chu kỳ thường quy 03 lần/tuần, một lần kéo dài 4 giờ (12giờ/tuần), thời gian lọc máu ≥ 3 tháng.
- Bệnh nhân được chẩn đoán tăng ALĐMP trung bình - nặng dựa vào bao gồm các tiêu chí lâm sàng và siêu âm tim:

+ Lâm sàng: Có thể biểu hiện triệu chứng gồm khó thở khi gắng sức, mệt mỏi, đau ngực; tĩnh mạch cổ nổi, mạch cảnh yếu; nghe tim có T2 mạnh ở ổ van động mạch phổi, tiếng thổi tâm trương do hở van động mạch phổi, hoặc tiếng

thổi tâm thu do hở van ba lá. Các dấu hiệu ngoại vi như xanh tím, phù, gan to, cổ trướng.

+ Siêu âm tim Doppler: ALĐMP tâm thu ≥ 50 mmHg [5], xác định dựa theo hướng dẫn của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ [8].

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5 đang mắc các bệnh cấp tính nặng như: Suy tim cấp, viêm phổi, nhiễm trùng huyết, đột quỵ cấp.
- Bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối.
- Bệnh nhân ngưng lọc máu do chuyển tuyến, tử vong, bỏ điều trị trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp điều trị không nhóm chứng.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện thỏa tiêu chuẩn chọn và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã chọn được 35 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi (18-40 tuổi, 41-60 tuổi, > 60 tuổi), giới tính (nam/nữ), thời gian lọc máu (< 5 năm, ≥ 5 năm), BMI (18,5-22,9 kg/m²: trung bình, ≥ 23 kg/m²: thừa cân/béo phì), tiền sử bệnh lý (tăng huyết áp, đái tháo đường).

Phân loại mức độ tăng ALĐMP: Trung bình (ALĐMP 50-70 mmHg) và nặng (ALĐMP > 70 mmHg).

Đánh giá cải thiện triệu chứng lâm sàng sau 3 tháng điều trị: Khó thở, đau ngực, ho khan, phù, tĩnh mạch cổ nổi, gan to, ngất.

Thay đổi áp lực động mạch phổi tâm thu trước và sau lọc máu tích cực 3 tháng ở nhóm bệnh nhân trung bình - nặng: Áp lực động mạch phổi tâm thu (trước lọc máu và sau lọc máu).

Kết quả điều trị tăng áp lực động mạch phổi mức độ trung bình - nặng ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5 đang lọc máu:

- Thành công: Bao gồm cải thiện triệu chứng lâm sàng, cải thiện chỉ số ALĐMP tâm thu qua siêu âm Doppler tim, không xảy ra tai biến lọc máu.
- Thất bại: Khi bệnh nhân không đạt được các tiêu chí trên.

Tiêu chuẩn đánh giá ALĐMP: Việc ước tính ALĐMP tâm thu dựa theo hướng dẫn của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ [8]. ALĐMP tâm thu được xác định bằng cách đánh giá qua dòng phụt ngược qua van ba lá (v) và áp lực nhĩ phải (ALNP) theo công thức: $ALTTP = 4v^2 + ALNP$. Áp lực nhĩ phải được đánh giá thông qua đường kính tĩnh mạch chủ dưới (TMCD) và mức độ thay đổi đường kính theo hô hấp, với TMCD được đo tại vị trí cách lỗ đổ vào nhĩ phải 0,5-3 cm.

Chiến lược lọc máu tích cực: Sử dụng máy chạy thận nhân tạo Dialog+ (Braun, Đức), quả lọc sợi rỗng làm từ polynephron có diện tích 1,5 m², sử dụng tối đa 6 lần sau mỗi lần được xử lý bằng dung dịch peroxyacetic acid 4% và rửa lại bằng máy tự động. Dịch lọc được pha từ dịch đậm đặc (acid axetic và bicarbonate) và nước RO. Máu được dẫn và trả qua cầu nối động - tĩnh mạch bằng kim Fistule 16G. Sử dụng kháng đông heparin với liều bolus 30-50 UI/kg, duy trì 800-1500 UI/h trong suốt quá trình lọc. Trước lọc máu, bệnh nhân được đánh giá tình trạng lâm sàng, cân, đo mạch, huyết áp và ghi chép thông tin. Thiết lập vòng tuần hoàn ngoài cơ thể gồm các bước lắp bộ lọc, đuổi khí, quay vòng heparin, kết nối với bệnh nhân, đặt tốc độ bơm máu, điều chỉnh thông số siêu lọc. Trong quá trình lọc, theo dõi huyết áp, mạch, áp lực xuyên màng, toàn trạng bệnh nhân, và đường huyết nếu cần. Kết thúc quy trình, máu được trả lại toàn bộ vào cơ thể bệnh nhân. Lọc máu thực hiện 4 lần/tuần, mỗi lần 4 giờ, với tốc độ dịch 500 ml/phút, và liều lọc tùy chỉnh theo cân nặng và mức tăng cân giữa các lần lọc.

Phân tích dữ liệu: Số liệu được mã hóa và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Biến định tính được mô tả dưới dạng tần số và tỷ lệ. Biến định lượng được trình bày dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng Paired Samples T-test để đánh giá sự khác biệt của giá trị định lượng giữa hai thời điểm trước và sau. McNemar test được sử dụng để kiểm định khác biệt của biến định tính giữa hai thời điểm trước và sau. Thống kê có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

2.3. Vấn đề y đức. Đề cương nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Cần Thơ chấp thuận. Các bước thực hiện tuân thủ theo các tiêu chí về đạo đức trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 35 bệnh nhân được BTM giai đoạn 5 đang lọc máu định kỳ với thời gian ≥ 3 tháng, được chẩn đoán tăng ALĐMP tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18-40	19	54,3
	41-60	11	31,4
	>60	5	14,3
	Trung bình±độ lệch chuẩn	44,37±12,94	

Giới tính	Nam	16	45,7
	Nữ	19	54,3
Thời gian lọc máu	<5 năm	11	31,4
	≥ 5 năm	24	68,6
	Trung bình±độ lệch chuẩn	5,89±2,25	
BMI	18,5-22,9 kg/m ²	22	62,9
	≥ 23 kg/m ²	13	37,1
Tiền sử bệnh lý	Tăng huyết áp	26	74,3
	Đái tháo đường típ 2	22	62,9

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 44,37 ± 12,94 với tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/1,2. Phần lớn các đối tượng nghiên cứu có thời gian lọc máu ≥ 5 năm (68,6%). Trong tổng số 35 bệnh nhân, 62,9% có chỉ số BMI từ 18,5-22,9 kg/m², chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhóm có BMI 18,5-22,9 chiếm tỷ lệ 37,1%. Kết quả còn cho thấy tăng huyết áp và đái tháo đường típ 2 là hai bệnh lý thường gặp, lần lượt là 74,3% và 62,9%.

Bảng 2. Đánh giá cải thiện triệu chứng lâm sàng sau 3 tháng điều trị

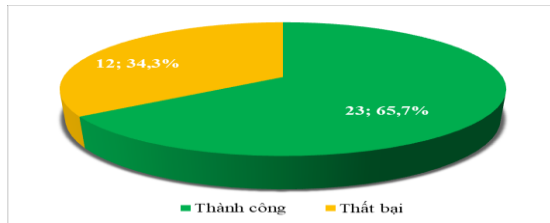
Triệu chứng	Trước điều trị, n(%)	Sau 3 tháng điều trị, n(%)	p
Khó thở	23 (50,0)	11 (23,9)	<0,001
Đau ngực	10 (21,7)	3 (6,5)	0,016
Ho khan	13 (28,3)	9 (19,6)	0,289
Phù	34 (73,9)	16 (34,8)	<0,001
Tĩnh mạch cổ nổi	6 (13,0)	4 (8,7)	0,5
Gan to	8 (17,4)	3 (6,5)	0,063
Ngất	3 (6,5)	2 (4,3)	1

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị, các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân cải thiện rõ rệt với khó thở giảm từ 50,0% xuống 23,9% và phù giảm từ 73,9% xuống 34,8% ($p < 0,001$). Đau ngực cũng giảm từ 21,7% xuống 6,5% ($p = 0,016$), cho thấy hiệu quả điều trị cao. Tuy nhiên, các triệu chứng còn lại như ho khan, tĩnh mạch cổ nổi, gan to và ngất có xu hướng giảm nhưng sự khác biệt là chưa có nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Thay đổi áp lực động mạch phổi tâm thu trước và sau lọc máu tích cực

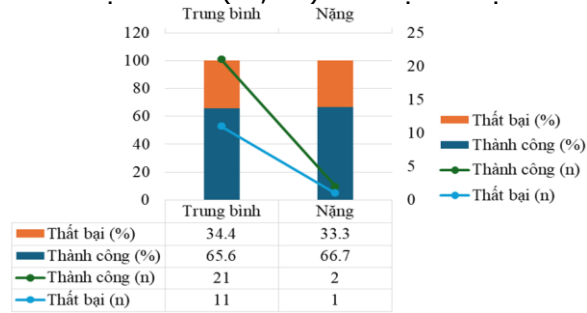
ALĐMP tâm thu	Trước lọc máu	Sau lọc máu	p
Trung bình ± độ lệch chuẩn	53,86 ± 11,77	43,97 ± 17,04	0,001
Trung bình khác biệt	9,89 ± 16,66		

Nhận xét: Kết quả ghi nhận trước khi lọc máu, áp lực động mạch phổi trung bình là 53,86 ± 11,77 mmHg, trong khi sau khi lọc máu, giá trị này giảm xuống còn 43,97 ± 17,04 mmHg. Sự khác biệt trung bình là 9,89 ± 16,66 mmHg, và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p = 0,001$.



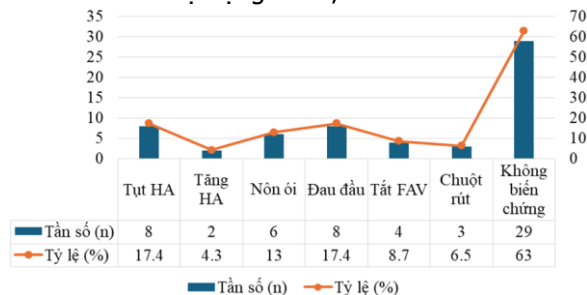
Biểu đồ 1. Kết quả điều trị tăng áp lực động mạch phổi trung bình - nặng

Nhận xét: Trong tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 23 bệnh nhân (tương đương 65,7%) đã có kết quả điều trị thành công, trong khi 12 bệnh nhân (34,3%) điều trị thất bại.



Biểu đồ 2. Kết quả điều trị tăng áp lực động mạch phổi theo mức độ nghiêm trọng

Nhận xét: Kết quả cho thấy tỷ lệ thành công trong nhóm bệnh nhân có mức độ trung bình là 65,6%, tương đương so với nhóm bệnh nhân có mức độ nặng là 66,7%.



Biểu đồ 3. Biến chứng của phương pháp lọc máu tích cực

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân không bị ảnh hưởng tiêu cực bởi phương pháp lọc máu tích cực (63,0%). Tuy nhiên, tồn tại một số biến chứng cần lưu ý, cụ thể, các biến chứng phổ biến bao gồm tụt huyết áp (17,4%), đau đầu (17,4%), nôn ói (13,0%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn 5 có đang lọc máu định kỳ với thời gian ≥ 3 tháng, với độ tuổi trung bình là $44,37 \pm 12,94$, đa số là nữ giới. Hầu hết các bệnh nhân có thời gian lọc máu ≥ 5 năm và bệnh lý đi kèm thường

gặp nhất là tăng huyết áp và đái tháo đường tipo 2. Nghiên cứu của Akiash và cộng sự (2021) trên 31 bệnh nhân bệnh mạn giai đoạn cuối lọc máu định kỳ ghi nhận tuổi trung bình là $54,68 \pm 14,85$, tỷ lệ nữ là 51,6%, thời gian lọc máu trung bình $3,43 \pm 2,26$ năm (1-9 năm), tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường lần lượt là 77,4% và 48,4% [3]. Các quan sát tương tự cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Huỳnh Thanh Hữu và cộng sự (2023) tại Việt Nam [1].

Phát hiện chính của nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ thành công sau khi lọc máu tích cực là 65,7%. Điều này chứng tỏ rằng điều trị tăng áp lực động mạch phổi kết hợp với lọc máu tích cực mang lại hiệu quả điều trị tích cực. Về kết quả điều trị tăng áp lực động mạch phổi theo mức độ, thì ở cả hai nhóm tăng áp phổi mức độ trung bình và nặng, tỷ lệ thành công tương đương nhau với tỷ lệ lần lượt là 65,6% và 66,7%. Điều này cho thấy hiệu quả điều trị tăng áp phổi bằng lọc máu tích cực là ổn định và không phụ thuộc nhiều vào mức độ nặng của tăng áp phổi. Chúng tôi cũng ghi nhận sự thay đổi có ý nghĩa áp lực động mạch phổi tâm thu trước và sau khi lọc máu tích cực trong 3 tháng ở nhóm bệnh nhân trung bình - nặng. Điều này cho thấy lọc máu tích cực trong 3 tháng đã giúp giảm đáng kể áp lực động mạch phổi tâm thu chứng tỏ đây là một biện pháp điều trị hiệu quả cho bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối có tăng áp phổi. Akiash và cộng sự báo cáo kết quả sau 2 tháng lọc máu tích cực (4 lần/tuần, mỗi lần 4 giờ/lần) trên 31 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối có áp lực động mạch phổi tăng cao, áp lực động mạch phổi giảm rõ rệt từ $53,52 \pm 10,63$ mmHg xuống $43,32 \pm 10,92$ mmHg ($p < 0,001$) [3]. Như vậy, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra, sự cải thiện chức năng tim mạch sau khi lọc máu tích cực đã từng được báo cáo trong một số nghiên cứu khác. Chan và cộng sự cho thấy rằng lọc máu ban đêm, một hình thức mới của lọc máu tích cực, giúp cải thiện đáng kể độ thanh thải ure, nồng độ hemoglobin và chức năng của các tế bào gốc tạo máu [4]. Trong một nghiên cứu ở bệnh nhân trẻ em mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối, Nehus và cộng sự phát hiện chức năng tim được cải thiện sau khi bắt đầu chạy thận tích cực [7]. Thực tế, lọc máu tích cực giúp loại bỏ hiệu quả các chất độc hại và điều chỉnh cân bằng điện giải, từ đó cải thiện chức năng tim và giảm áp lực động mạch phổi. Việc giảm quá tải dịch và kiểm soát tốt hơn cân bằng điện giải là những yếu tố quan trọng góp phần làm giảm áp lực động mạch phổi. Mặc khác, bệnh nhân bệnh thận mạn thường có tình

trạng viêm mãn tính và quá tải dịch, hai yếu tố này làm tăng áp lực động mạch phổi. Lọc máu tích cực giúp kiểm soát các yếu tố này, từ đó cũng làm giảm áp lực động mạch phổi.

Về các biến chứng xảy ra trong quá trình lọc máu tích cực ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5, kết quả cho thấy 63,0% bệnh nhân không gặp biến chứng nào trong quá trình lọc máu tích cực. Trong số các biến chứng thường gặp, tỷ lệ biến chứng phổ biến nhất là tụt huyết áp và đau đầu. Khi so sánh với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn được tiến hành trên những bệnh nhân lọc máu chu kỳ 3 lần/tuần, kết quả cho thấy tỷ lệ tụt huyết áp của chúng tôi cũng gần như tương đương (17,4% so với 15,8%) [2]. Rõ ràng, điều này chứng tỏ lọc máu tích cực không những đem lại tỷ lệ thành công đáng chú ý mà tỷ lệ biến chứng xảy ra trong quá trình lọc là chấp nhận được.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5 đang điều trị lọc máu chu kỳ có tăng áp lực động mạch phổi trung bình - nặng, liệu pháp lọc máu tích cực giúp cải thiện đáng kể triệu chứng bệnh và áp lực động mạch phổi sau 3 tháng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Thanh Hữu, Tăng Văn Mến. Nghiên cứu tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến tăng áp động mạch phổi trên bệnh nhân lọc máu định kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long năm 2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024; 73:16-23.
2. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thị Mỹ Thành. Nghiên cứu sự biến đổi huyết áp trong quá trình

lọc máu ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021; 500(1):60-63.

3. Akiash N., Ahmadi Halili S., Darabi F., Moradi M. The effect of intensive hemodialysis on pulmonary arterial pressure and left ventricular systolic function in patients with end-stage renal disease; a prospective clinical trial. J Renal Inj Prev. 2021; 10(3):e22.
4. Chan C.T., Liu P.P., Arab S., Jamal N., Messner H.A. Nocturnal hemodialysis improves erythropoietin responsiveness and growth of hematopoietic stem cells. J Am Soc Nephrol. 2009; 20(3): 665-671.
5. Faqih S.A., Noto-Kadou-Kaza B., Abouamrane L.M., et al. Pulmonary hypertension: prevalence and risk factors. Int J Cardiol Heart Vasc. 2016; 11:87-89.
6. Khemchandani M., Nasir K., Qureshi R., Dhrolia M., Ahmad A. Frequency of pulmonary hypertension and its associated risk factors in end-stage renal disease (ESRD) patients on maintenance hemodialysis. Cureus. 2024; 16(2):e55206.
7. Nehus E., Goebel J., Mitsnefes M., Lorts A., Laskin B. Intensive hemodialysis for cardiomyopathy associated with end-stage renal disease. Pediatr Nephrol. 2011; 26(10):1909-1912.
8. Schoenberg N.C., Argula R.G., Klings E.S., Wilson K.C., Farber H.W. Prevalence and mortality of pulmonary hypertension in ESRD: a systematic review and meta-analysis. Lung. 2020; 198(3):535-545.
9. Sonkar S.K., Alam M., Chandra S., Sonkar G.K., Gaikwad A., Bhosale V. Association of pulmonary hypertension with inflammatory markers and volume status in hemodialysis patients of end-stage renal disease. Cureus. 2021; 13(3):e13635.
10. Stevens P.E., Levin A.. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. Ann Intern Med. 2013; 158(11):825-830.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ DA ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Đức Liên^{1,2}, Nguyễn Văn Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hồng trong phẫu thuật ung thư da đầu tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm các bệnh nhân được phẫu thuật ung thư da đầu tại bệnh viện K từ

tháng 1/2021 đến tháng 9/2024, giải phẫu bệnh là ung thư da đầu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $40,48 \pm 19,33$. Các ung thư da đầu thường gặp: sarcoma dạng biểu mô (26,2%), Carcinoma tế bào vảy (19,1%), carcinoma tuyến bã (14,3%). Tỷ lệ ung thư da đầu xâm lấn xương sọ là 21,4%. Diện tích da khuyết hồng sau phẫu thuật cắt ung thư da đầu lớn trên 5cm² là chiếm đa số (64,3%). Phương pháp tạo hình khuyết hồng chủ yếu là xoay vạt da có cuống che khuyết hồng và ghép da dày chiếm 50%, xoay vạt cơ thang chiếm 14,3%. Đánh giá kết quả 3 tháng sau phẫu thuật: tỷ lệ liền vết thương rất tốt và tốt chiếm 90,5%. Tỷ lệ liền vết thương xấu và kém ở nhóm xạ

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 21.2.2025