

Study at a Tertiary Care Hospital. Cureus. 2023 Apr 14; 15(4): e37584. doi: 10.7759/cureus.37584. PMID: 37193448; PMCID: PMC10183232.

10. Rath J, Taborsky M, Moser B, et al. Short-term and sustained clinical response following

thymectomy in patients with myasthenia gravis. Eur J Neurol. 2022 Aug; 29(8): 2453-2462. doi: 10.1111/ene.15362. Epub 2022 Apr 30. PMID: 35435305; PMCID: PMC9541265.

KẾT QUẢ TẠO THÔNG ĐỘNG – TĨNH MẠCH ĐỂ CHẠY THẬN NHÂN TẠO TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Vũ Hoàng Anh¹, Đoàn Hữu Hoạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả tạo thông động – tĩnh mạch để chạy thận nhân tạo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 34 bệnh nhân suy thận mạn có chỉ định và được phẫu thuật tạo thông động – tĩnh mạch để chạy thận nhân tạo tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định từ 09/2019 đến 08/2020. **Kết quả:** Độ tuổi của người bệnh trong nghiên cứu từ 28 đến 80 tuổi, trung bình là 58 ± 12 , tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 51 - 70 (chiếm 55,9%). Vị trí phẫu thuật ưu tiên trên tay không thuận là tay trái chiếm 79,4% và chủ yếu ở cổ tay với 85,3%. Phương pháp vô cảm 100% là gây tê đám rối cánh tay. Kỹ thuật nối với 100% là nối tận - bên và tất cả bệnh nhân đều được khâu nối mũi vạt. Kết quả tức thì sau mổ cho thấy rung miu rõ tại miệng nối ở 100% bệnh nhân, có 32,3% bệnh nhân được siêu âm thấy lỗ thông lưu thông tốt sau mổ; tỷ lệ bệnh nhân có rung miu rõ, lan xa dọc tĩnh mạch chiếm 88,2%; sau phẫu thuật 1 tháng có 17 bệnh nhân (chiếm 50%) đã lọc máu qua cầu tay và 28 bệnh nhân (chiếm 82,3%) đã lọc máu qua cầu tay sau 2 tháng.

Từ khóa: Phẫu thuật thông động – tĩnh mạch

SUMMARY

RESULTS OF ARTERIORENEUROLOGY SURGERY FOR ARTIFICIAL KIDNEY DIALYSIS AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY, NAM DINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of arteriovenous fistula creation for hemodialysis. **Subjects and methods:** A retrospective study of 34 patients with chronic renal failure who were indicated and underwent arteriovenous fistula creation for hemodialysis at Nam Dinh Provincial General Hospital from September 2019 to August 2020. **Results:** The age of the patients in the study ranged from 28 to 80 years old, with an average of 58 ± 12 years old, mainly concentrated in the age group of 51 - 70 (accounting for 55.9%). The preferred surgical site on

the non-dominant hand was the left hand, accounting for 79.4%, and mainly on the wrist with 85.3%. The anesthesia method was 100% brachial plexus anesthesia. The anastomosis technique was 100% end-to-side and all patients were sutured with a sling. Immediate postoperative results showed clear pulsation at the anastomosis in 100% of patients, 32.3% of patients had good postoperative ventilation by ultrasound; the proportion of patients with clear pulsation, spreading far along the vein accounted for 88.2%; 1 month after surgery, 17 patients (accounting for 50%) had hemodialysis through the hand bridge and 28 patients (accounting for 82.3%) had hemodialysis through the hand bridge after 2 months. **Keywords:** Arteriovenous fistula surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tạo thông động – tĩnh mạch là một phẫu thuật để tạo ra sự thông thương trực tiếp từ động mạch sang tĩnh mạch, mục đích tạo vòng tuần hoàn để chạy thận nhân tạo cho người suy thận giai đoạn cuối. Tạo thông động – tĩnh mạch có thể bằng vật liệu tổng hợp hay tự thân. Theo nhiều tác giả, hiện nay tạo thông động – tĩnh mạch tự thân vẫn được coi là giải pháp tối ưu, phổ biến và rẻ tiền hơn so với tạo thông động – tĩnh mạch bằng vật liệu nhân tạo. Thông động – tĩnh mạch tự thân là phẫu thuật nối dưới da một tĩnh mạch với một động mạch ở gần để động mạch hóa tĩnh mạch và bắt đầu chạy thận nhân tạo khi tĩnh mạch trưởng thành.

Theo The Dialysis Outcomes And Practice Patterns Study (DOPPS), tỷ lệ bệnh nhân chạy thận nhân tạo sử dụng đường vào mạch máu là tạo thông động – tĩnh mạch tự thân tại Châu Âu là 74%, Canada là 53% và Mỹ là 43% [1]. Phẫu thuật được cho là tốt khi đường kính mạch máu tăng sau vài tuần phẫu thuật cùng với sự gia tăng lưu lượng dòng chảy đủ để lọc máu chu kỳ. Đã có nhiều nghiên cứu về kích thước mạch máu và kỹ thuật, đưa ra các lời khuyên cáo về kích thước mạch máu cho tỷ lệ thành công cao nhất. Theo Robbin và cộng sự vấn đề thất bại của tạo thông động – tĩnh mạch lần đầu thường do tuổi cao, đái tháo đường, giới nữ, tiền sử bệnh mạch máu [2], đây là vấn đề có ý nghĩa quan trọng

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoàng Anh

Email: hoanganh.vu26@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025

quyết định sự thành công của phẫu thuật đem lại chất lượng cuộc sống tốt cho bệnh nhân vốn suy thận mạn cần chạy thận nhân tạo.

Tại Việt Nam số bệnh nhân bị suy thận mạn tăng cao với tỷ lệ mắc mới suy thận mạn giai đoạn cuối khoảng 100 người/ 1 triệu dân/ năm [3], [4], số bệnh nhân cần tạo thông động – tĩnh mạch tăng, do đó nhiều bệnh viện tuyến cơ sở triển khai áp dụng tại địa phương nhằm đáp ứng nhu cầu và giảm chi phí di chuyển, điều trị cho bệnh nhân. Tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định đã áp dụng làm thông động – tĩnh mạch tự thân để chạy thận nhân tạo từ nhiều năm trước và triển khai thường quy từ năm 2019, tuy nhiên chưa có một nghiên cứu, báo cáo tổng kết nào được tiến hành. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả tạo thông động – tĩnh mạch để chạy thận nhân tạo tại khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định từ 09/2019 đến 08/2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian. Tất cả bệnh nhân suy thận mạn có chỉ định và đã được phẫu thuật tạo thông động – tĩnh mạch để chạy thận nhân tạo tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định từ 09/2019 - 08/2020

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện với tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Mọt số biến số và chỉ số chính

- Tuổi
- Vị trí phẫu thuật
- Phương pháp vô cảm
- Kỹ thuật nối
- Kết quả:
 - + Sau mổ tức thì: Có rung miu tại miệng nối, siêu âm mạch thấy lỗ thông lưu thông tốt, rung miu dọc tĩnh mạch.
 - + Sau mổ 1 tháng, 2 tháng: Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng cầu tay đã tạo để chạy lọc máu chu kỳ.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý và phân tích số liệu trên SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi

Bảng 1: Tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %	Độ tuổi trung bình
≤ 50	8	23,5 %	58 ± 12
51 - 70	19	55,9 %	

>70	7	20,6 %
Tổng	34	100 %

Độ tuổi của người bệnh trong nghiên cứu từ 28 đến 80 tuổi, trung bình là 58 ± 12, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 51 - 70 (chiếm 55,88%)

3.2. Vị trí phẫu thuật

Bảng 2: Vị trí phẫu thuật

Vị trí	n	Tỷ lệ %
Cổ tay	29	85,3%
Cẳng tay	03	8,8%
Khuỷu tay	02	5,9%
Tay trái	27	79,4%
Tay phải	07	20,6%

Vị trí tạo thông động – tĩnh mạch ưu tiên ở tay không thuận với 79,4% trên tay trái và chủ yếu ở cổ tay chiếm 85,3%

3.3. Phương pháp vô cảm trong phẫu thuật

Bảng 3: Phương pháp vô cảm

Phương pháp	n	Tỷ lệ %
Tê tại chỗ	0	0 %
Tê đám rối cánh tay	34	100%

Tất cả bệnh nhân đều được sử dụng phương pháp tê đám rối cánh tay

3.4. Phương pháp nối thông

Bảng 4: Phương pháp nối thông

Phương pháp	n	Tỷ lệ %
Bên - bên	0	0%
Tận - bên	34	100%
Khâu nối mũi rời	0	0%
Khâu nối mũi vát	34	100%

100% bệnh nhân miệng nối động – tĩnh mạch là tận – bên. Tất cả các bệnh nhân đều được nối bằng khâu vát, không có trường hợp nào khâu nối mũi rời.

3.5. Kết quả tức thì sau mổ

Bảng 5: Kết quả tại vết mổ

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Rung miu rõ tại miệng nối	34	100%
Siêu âm kiểm tra sau mổ lỗ thông lưu thông tốt	11	32,3%

Ngay sau mổ, tất cả các bệnh nhân đều có rung miu tại miệng nối, có 32,3 % bệnh nhân được siêu âm kiểm tra thấy lỗ thông lưu thông tốt.

Bảng 6: Đặc điểm tĩnh mạch trở về ngay sau mổ

Rung miu dọc tĩnh mạch	n	Tỷ lệ %
Rõ, lan xa	30	88,2%
Nhẹ	4	11,8%
Không có	0	0%
Tổng	34	100%

Tỷ lệ bệnh nhân có rung miu rõ, lan xa dọc tĩnh mạch chiếm 88,2 %

3.6. Kết quả sau mổ 1 tháng và 2 tháng

Bảng 7: Kết quả sau mổ 1 tháng

Tình trạng cầu tay	n	Tỷ lệ %
Đã chạy	17	50%
Chưa chạy	15	44,1%
Hồng cầu	2	5,9%
Tổng	34	100%

Bảng 8: Kết quả sau mổ 2 tháng

Tình trạng cầu tay	n	Tỷ lệ %
Đã chạy	28	82,3 %
Chưa chạy	4	11,8 %
Hồng cầu	2	5,9 %
Tổng	34	100 %

Kết quả cho thấy có một nửa số bệnh nhân đã lọc máu qua cầu tay sau 1 tháng và 83,2 % bệnh nhân đã lọc máu qua cầu tay sau 2 tháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi của bệnh nhân nghiên cứu.

Theo nhiều tác giả trong và ngoài nước, tỷ lệ bệnh nhân tạo thông động – tĩnh mạch tự thân chủ yếu gặp ở người > 50 tuổi [5], [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng gặp chủ yếu ở nhóm bệnh nhân 51 – 70 tuổi với tỷ lệ 55,9%. Độ tuổi trung bình ở bệnh nhân trong nghiên cứu này là 58 ± 12 . Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước như trong nghiên cứu của Thái Minh Sâm và cộng sự: tuổi trung bình là 50 ± 17 [5], của Toregeani JF là $51 \pm 17,5$ [7], của Schinstock và cộng sự là $65,1 \pm 16,8$ [6]. Sự dao động của những con số này cho thấy độ tuổi bệnh nhân làm thông động – tĩnh mạch từng nơi trên thế giới có sự khác nhau do tuổi thọ và chất lượng cuộc sống tùy từng vùng. Tuy nhiên tuổi trung bình ở thời điểm phẫu thuật khá đồng đều là > 50 tuổi. Tuổi cao kèm theo nhiều bệnh mạn tính làm tăng nguy cơ phẫu thuật thất bại do chất lượng thành mạch kém.

4.2. Vị trí phẫu thuật. Khi chọn vị trí phẫu thuật sẽ chọn vị trí ưu tiên từ xa đến gần để tránh các biến chứng và đoạn tĩnh mạch khả dụng để chạy thận nhân tạo dài, nếu thông động – tĩnh mạch hồng còn nhiều lựa chọn vị trí khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 85,3% được làm ở cổ tay; 8,8% được làm ở cẳng tay; 5,9% được làm ở khuỷu tay, trong đó bên trái chiếm 79,4%, bên phải chiếm 20,6%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Thái Minh Sâm: vị trí cổ tay là 84,85%, ở khuỷu tay 11,3%, tay trái chiếm 74,78% [5].

4.3. Phương pháp vô cảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân phẫu thuật đều được tê đám rối cánh tay. Theo nghiên cứu của Aitken trên 126 bệnh nhân phân bố ngẫu nhiên 2 nhóm, so sánh cho thấy kết quả phẫu

thuật tạo thông động – tĩnh mạch sau 3 tháng với phương pháp tê đám rối thần kinh cánh tay thành công 73% so với phương pháp tê tại chỗ là 40% với $p = 0,02$ [8]. Như vậy tỷ lệ tê đám rối thần kinh cánh tay trong nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với xu thế do phương pháp này có nhiều ưu điểm: bệnh nhân vô cảm đau và bất động hoàn toàn, thời gian tê kéo dài, các mạch máu giãn cho các kích thước thật nên dễ thao tác phẫu thuật khâu nối và phẫu tích, thời gian khởi tê ngắn, thời gian tê kéo dài tùy theo yêu cầu của phẫu thuật, an toàn hiệu quả, tránh được các biến chứng.

4.4. Phương pháp nối thông. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân được thực hiện miệng nối tận – bên (miệng nối bên động mạch với tận tĩnh mạch). Ở đây các bệnh nhân áp dụng kỹ thuật đường khâu miệng nối cải tiến của Tellis nhằm kiểm soát tốt đường khâu. Kết quả này giống với các nghiên cứu trong và ngoài nước như nghiên cứu của Thái Minh Sâm tỷ lệ tận – bên là 98,17%, tận – tận là 0,88% bên – bên là 0,67% [5]. Nghiên cứu của Korkut cho thấy 100% bệnh nhân được nối tận tĩnh mạch – bên động mạch [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không còn sử dụng nối động – tĩnh mạch kiểu tận – tận do nhiều nguy cơ thiếu máu ngoại vi đầu xa tay phẫu thuật.

4.5. Kết quả tức thì sau mổ. Sau mổ tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được thăm khám lâm sàng và nhận thấy 100% bệnh nhân có rung miu rõ tại vết mổ nhưng chỉ có 11 bệnh nhân được đánh giá bằng siêu âm mạch máu chiếm 32,3%. Về tĩnh mạch được kiểm tra sau mổ đánh giá rung miu rõ và lan xa gặp ở 30 bệnh nhân (88,2%), có 4 bệnh nhân là rung miu nhẹ dọc theo tĩnh mạch được chọn nối. Trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá các chỉ tiêu khám lâm sàng chỉ gián tiếp xác định có thông hay không. Việc hạn chế siêu âm tại vết mổ, không có chỉ số lưu lượng qua miệng nối sau mổ nên không có các thông số để tiên lượng khả năng trưởng thành, đây cũng là hạn chế trong quy trình.

4.6. Kết quả sau mổ 1 tháng và 2 tháng. Về kết quả sau phẫu thuật 1 tháng, trong nghiên cứu của chúng tôi có 17 bệnh nhân (50%) đã sử dụng cầu tay để lọc máu và sau 2 tháng là 28 bệnh nhân (82,3%). Tuy nhiên, kết quả được ghi nhận chủ yếu qua phản hồi của người bệnh, phần lớn các bệnh nhân không tái khám để kiểm tra lại. Theo Guidelines của KDOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) các bệnh nhân sau mổ cần lập danh sách quản lý các biến chứng và tỷ lệ còn sử

dụng được, và tỷ lệ còn sử dụng được phải > 65%, và tuổi thọ phải đạt trên 3 năm sau phẫu thuật, theo dõi đánh giá các huyết khối, hẹp và tắc mạch hàng tháng trong 6 tháng đầu, các năm sau đó đánh giá từng năm bằng lâm sàng và chủ yếu là siêu âm Doppler [10].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 34 bệnh nhân làm thông động – tĩnh mạch trong suy thận mạn giai đoạn cuối tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định chúng tôi thấy: Tuổi của đối tượng nghiên cứu chủ yếu tập trung ở nhóm 51 - 70 tuổi. Vị trí phẫu thuật chủ yếu ở tay không thuận và ở cổ tay chiếm 85,3%. 100% bệnh nhân được gây tê đám rối cánh tay. Tất cả bệnh nhân được nối mạch máu bằng kỹ thuật tận tĩnh mạch – bên động mạch. Sau mổ các bệnh nhân có rung miu rõ, liên tục tại vết mổ là 100% và dọc theo tĩnh mạch tạo thông có rung miu rõ, lan xa là thành công chiếm 88,2%. Kết quả phẫu thuật sau 1 tháng và 2 tháng là khả quan với tỷ lệ cầu trưởng thành được sử dụng để lọc máu lần lượt là 50% và 70,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang L, Wang F and Wang Li (2012). Prevalance of chronic kidney disease in china: A cross –sectional survey. The Lancet, 379 (9818), 815 – 822.
2. Mendelssohn D.C, Ethier J, Elder SJ và cộng sự (2006). Haemodialysis vascular access problems in Canada: results from the Dailyysis

- Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS II). Nephrol Dial Transplant, 26, 721 – 728.
3. Võ Tam (2004). Nghiên cứu tình hình và đặc điểm suy thận mạn ở một số vùng thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Huế.
4. Thái Minh Sâm, Dương Quang Vũ và Châu Quý Thuận (2011). Phẫu thuật tạo dò động tĩnh mạch để chạy thận nhân tạo. Hội nghị khoa học kỹ thuật bệnh viện Chợ Rẫy, 15 (4), 561-565.
5. Robbin M. L, T. Greene, A. K. Cheung và cộng sự (2016). Arteriovenous Fistula Development in the First 6 Weeks after Creation. Radiology, 279 (2), 620-629.
6. A. Schinstock, R. C. Albright, A. W. Williams và cộng sự (2011). Outcomes of Arteriovenous Fistula Creation after the Fistula First Initiative. Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN, 6 (8), 1996-2002.
7. Toregeani J.F, Kimura C.J, Shirasu K và cộng sự (2008). Evaluation of hemodialysis arteriovenous fistula maturation by color flow doppler ultrasound. J Vasc Bras, 7 (3), 203-213.
8. E. Aitken, A. Jackson và R. Kearns (2016). Effect of Regional Versus Local Anesthesia on Outcome After Arteriovenous Fisstula Creation: A Randomized Controlled Trial. Journal of Vascular Surgery, 64 (6), 1891.
9. Korkut A. K and Kosem M (2010). Superficialization of the basilic vein technique in brachio basilic arteriovenous fistula: surgical experience of 350 cases during 4 years period. Ann Vasc Surg, 24 (6), 762-767.
10. NKF-K/ DOQI Clinical Practice Guidelines for Vascular Access (2006). Guideline 8. Clinical outcome goals. American Journal of Kidney Diseases, 48 (1), S248-S273.

ĐẶC ĐIỂM ĐAU DA ĐẦU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN VẢY NẾN DA ĐẦU

Nguyễn Thị Hồng Chuyên¹, Trần Hiển Vinh¹, Văn Thế Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm đau da đầu ở bệnh nhân vảy nến da đầu và đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố dịch tễ, lâm sàng với mức độ và đặc điểm đau da. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 107 bệnh nhân vảy nến da đầu tại Bệnh viện Da Liễu TP. Hồ Chí Minh từ tháng 10/2024 đến tháng 01/2025. Các thông tin về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và mức độ nghiêm trọng của bệnh được thu thập. Cảm giác đau da đầu được đánh giá thông qua phỏng vấn trực tiếp bằng Thang đo chất lượng cơn đau (PQAS – Pain Quality

Assessment Scale), đồng thời ngưỡng đau được đo bằng thiết bị đo ngưỡng đau kỹ thuật số sử dụng áp lực. **Kết quả:** Có 63,6% bệnh nhân vảy nến da đầu gặp tình trạng đau da đầu với cường độ trung bình $5,2 \pm 2,1$. Đau da đầu có mối liên quan chặt chẽ với mức độ nghiêm trọng của bệnh, thể hiện qua các chỉ số PASI (Psoriasis Area and Severity Index), SPGA (Scalp Physician Global Assessment), và PSSI (Psoriasis Scalp Severity Index). Bệnh nhân có chỉ số PASI hoặc PSSI cao hơn có xu hướng đau nhiều hơn ($p < 0,001$). Các đặc điểm đau phổ biến bao gồm cảm giác khó chịu (97,1%), ngứa (94,1%), bề mặt (94,1%), ngứa ran (92,7%), lan tỏa (92,7%), và sâu (88,3%). Đau da đầu ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, đặc biệt là tâm trạng (97,1%), hoạt động thường ngày (91,2%), tận hưởng cuộc sống (86,8%), và giấc ngủ (85,3%). **Kết luận:** Đau da đầu là triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân vảy nến da đầu, có mối liên quan rõ rệt với mức độ nghiêm trọng của bệnh và tác động đáng kể đến chất

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Chuyên

Email: chuyennghien@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 10.4.2025