KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ NỒNG ĐỘ LACTAT MÁU Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP CÓ PHÂN SUẤT TỐNG MÁU GIẢM KHÔNG CÓ SỐC TIM

Nguyễn Hữu Việt[1], Đinh Đức Lộc[2], Bùi Long[1,3], Đỗ Doãn Lợi[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ lactat máu ở bệnh nhân suy tim cấp có phân suất tống máu giảm không có sốc tim. **Đối tượng nghiên cứu**: Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim cấp có phân suất tống máu giảm không có sốc tim được điều trị tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2020 đến tháng 6/2021**. Phương pháp nghiên cứu**: Mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** 88 bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là 64,57 ± 14,42 tuổi, 70,5% là nam. Nguyên nhân suy tim do bệnh mạch vành chiếm 62,5%, tiếp theo là tăng huyết áp (15,9%), bệnh cơ tim (11,4%) và bệnh van tim (10,4%). Tỷ lệ suy tim mới khởi phát chiếm 13,0%. Đặc điểm lâm sàng: HATT TB 126,4 ± 18,55 mmHg, HATTr TB 80,68 ± 12,80mmHg; tần số tim TB 98,57 ± 16,31 chu kỳ/phút; tần số thở TB 26,80 ± 4,31 lần/phút; SpO_2 TB 92,06 ± 2,41%; 100% bệnh nhân có ran ẩm; 98,9% khó thở NYHA III, IV; 30,7% phù hai chi dưới; 29,5% gan to và 21,6% rung nhĩ. Đặc điểm cận lâm sàng: PSTM EF TB 27,89 ± 5,81%; nồng độ NT–proBNP TB824,13 [377,30; 4138,0] pmol/L; nồng độ troponin T TB 39,81 [6,80; 130,0] ng/L; mức lọc cầu thận TB 47,16 ± 20,39 ml/ph, nồng độ lactat máu TB 1,80±0,71 mmol/l.

Từ khóa: lâm sàng, cận lâm sàng, nồng độ lactat máu, suy tim cấp.

SUMMARY

INVESTIGATION SOME CLINICAL, PARACLINICAL AND BLOOD LACTATE CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION WITHOUT CARDIOGENIC SHOCK

Objectives: To describe some clinical, paraclinical and blood lactate levels in patients with acute heart failure with reduced ejection fraction without cardiogenic shock.**Study subjects**: Patients diagnosed with acute heart failure with reduced ejection fraction without cardiogenic shock were treated at the Cardiology Institute, Bach Mai Hospital from May 2020 to June 2021. **Research Methods**: Cross-sectional descriptive. **Results and conclusions**: The average age of 88 study patients was 64,57 ± 14,42 years, 70,5% were male. The cause of heart failure due to coronary artery disease accounted for 62,5%, followed by hypertension (15,9%), cardiomyopathy (11,4%) and valvular heart disease (10,4%). The rate of new-onset heart failure accounted for 13,0%. Clinical features: SBP 126,4 ± 18,55 mmHg, SBP 80,68 ± 12,80 mmHg; heart rate mean 98,57 ± 16,31 beats/min; respiratory rate average 26,80 ± 4,31 times/min; SpO2 TB 92,06 ± 2,41 %; 100% of patients have wet rales; 98,9% dyspnea NYHA III, IV; 30,7% edema of the lower extremities; 29,5% hepatomegaly and 21,6% atrial fibrillation. Paraclinical characteristics: mean ejection fraction EF 27,89 ± 5,81%; average concentration of NT - proBNP 824,13 [377,30; 4138,0] pmol/L; the mean troponin T concentration was 39,81 [6,80; 130,0] ng/L; mean glomerular filtration rate 47,16 ± 20,39 ml/min, average blood lactate concentration 1,80 ± 0,71 mmol/l.

Keywords: clinical, paraclinical, blood lactate levels, acute heart failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim cấp là tình trạng khởi phát hoặc nặng lên một cách nhanh chóng các triệu chứng cơ năng và/hoặc thực thể của suy tim, đe dọa tính mạng người bệnh, thường đòi hỏi phải được can thiệp cấp cứu nhanh nhất. Suy tim cấp cũng là nguyên nhân nhập viện hàng đầu với người bệnh trên 65 tuổi, chiếm 1 triệu người nhập viện mỗi năm tại Mỹ[1]. Tỷ lệ mắc và tử vong do suy tim cấp ngày càng cao bất chấp sự phát triển, tiến bộ về điều trị và các phương tiện, kỹ thuật, đặc biệt ở nhóm suy tim cấp có phân suất tống máu giảm. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về suy tim cấp nói chung và suy tim cấp có phân suất tống máu giảm nói riêng. Tại Việt Nam, nghiên cứu về suy tim cấp có phân suất tống máu giảm chưa nhiều. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ lactat máu ở bệnh nhân suy tim cấp có phân suất tống máu giảm không có sốc tim.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 88 bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2020 đến tháng 6/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim cấp (theo ESC 2016) có PSTM EF ≤ 40%, tuổi ≥ 18 tuổi, HATT khi nhập viện ≥ 100 mmHg.

[1]*Bệnh viện Hữu Nghị*
[2]*Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên*
[3]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Việt
Email: nguyenhuuviet@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2022
Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022
Ngày duyệt bài: 7.3.2022

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có sốc tim; có tiền sử hội chứng vành cấp, phẫu thuật bắc cầu chủ vành, can thiệp mạch vành và đột quỵ trong 3 tháng trước nhập viện; mắc bệnh ác tính không chữa khỏi trong 5 năm trước nhập viện; đang có nhiễm trùng cấp và mạn tính đang hoạt động; suy gan nguyên phát, xơ gan, ứ mật; suy thận giai đoạn cuối (MLCT ≤ 15 ml/ph/1,73 m^2) và đang lọc máu chu kỳ; phụ nữ có thai và cho con bú.

2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả các bệnh nhân đều được hỏi bệnh, khai thác tiền sử, khám lâm sàng, siêu âm tim, làm các xét nghiệm máu trong 24 giờ sau nhập viện theo mẫu bệnh án thống nhất.

3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 7 năm 2020 đến tháng 9 năm 2021 tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai.

4. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị của bệnh nhân. Các thông tin về bệnh được giữ bí mật hoàn toàn và được mã hóa. Tất cả các bệnh nhân đều đồng ý tham gia nghiên cứu.

III.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

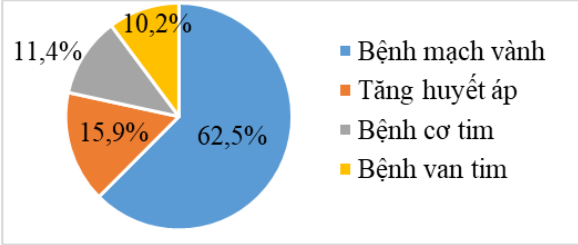
88 đối tượng tham gia nghiên cứu gồm 62 nam (70,5%) và 26 nữ (29,5%). Tuổi trung bình là 64,57 ± 14,42 tuổi, cao nhất là 98 tuổi, thấp nhất là 30 tuổi.

1.Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm các yếu tố nguy cơ tim mạch (n = 88)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
THA: Có	64	72,7
Không	24	27,3
ĐTĐ: Có	29	33,0
Không	59	67,0
Rối loạn lipid máu		
Có	60	68,2
Không	28	31,8
Tiền sử suy tim		
Có	73	83,0
Không	15	17,0

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tiền sử tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất (72,7%), tiếp theo là rối loạn chuyển hóa lipid máu (68,2%), đái tháo đường (33,0%). Các bệnh nhân trong nghiên cứu nhập viện vì suy cấp mới khởi phát chiếm 17,0%.



Biểu đồ 1: Nguyên nhân suy tim (n = 88)

Nhận xét: Bệnh mạch vành chiếm tỉ lệ cao nhất trong các nguyên nhân gây suy tim (62,5%), tiếp đến là THA (15,9%), bệnh cơ tim (11,4%), bệnh van tim (10,2%).

Bảng 2: Một số đặc điểm lâm sàng (n = 88)

Các đặc điểm lâm sàng	$\bar{X}$±SD và tỷ lệ phần trăm	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Huyết áp tâm thu (mmHg)	126,4±18,55	100	170
Huyết áp tâm trương (mmHg)	80,68±12,80	60	110
Tần số tim (chu kỳ/phút)	98,57±16,31	75	152
NYHA III, IV (n / %)	87 / 98,9		
SpO2 (%)	92,06±2,41	86	97
Tần số thở (số lần)	26,80±4,31	21	35
Ran ẩm (n / %)	88/100		
Phù hai chi dưới (n / %)	27/30,7		
Gan to (n / %)	26 / 29,5		
Rung nhĩ (n / %)	19 / 21,6		

Nhận xét: Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện lâm sàng tương đối nặng với 100% bệnh nhân có ran ẩm ở phổi, mức độ khó thở NYHA III, IV chiếm 98,9%, và 30,7% bệnh nhân biểu hiện phù hai chi dưới, phù hợp với bệnh cảnh suy tim cấp phải nhập viện.

2. Một số đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3: Đặc điểm siêu âm Doppler tim (n = 88)

Thông số trên siêu âm Doppler tim	Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ phần trăm (%)
Rối loạn chức năng tâm thu (RLCNTT)	27,89±5,81%giá trị nhỏ nhất 17%, giá trị lớn nhất 39%		

Rối loạn chức năng tâm trương(RLCNTTr)	Độ 0	5	5,7
	Độ I	14	15,9
	Độ II	29	32,9
	Độ III	40	45,5

Nhận xét: Bệnh nhân nghiên cứu có phân suất tống máu trung bình là 27,89%; mức độ EF thấp nhất là 17%, cao nhất là 39%. Rối loạn chức năng tâm trương độ III chiếm đa số (45,5%).

Bảng 4: Đặc điểm xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu (n = 88)

Chỉ số	$\bar{X}$±SD	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Glucose nhập viện (mmol/l)	7,86±3,89	4,10	24,50
Ure nhập viện (mmol/L)	8,45±4,18	3,20	23,50
Creatinin nhập viện (µmol/L)	104,39±34,19	48	236
CrCl (ml/ph)	47,16±20,39	17,36	108,49
Troponin T nhập viện (ng/L)	39.81[a]	6,80[b]	130,00[c]
NT-proBNP nhập viện (pmol/L)	824,13[a]	377,30[b]	4138,00[c]
Natri nhập viện (mmol/L)	137,56±3,90	125	146
Kali nhập viện (mmol/L)	3,95±0,42	2,90	4,90
Cholesterol (mmol/L)	4,29±0,97	2,47	8,37
Triglicerid (mmol/L)	1,87±0,80	0,58	6,53
HDL (mmol/L)	1,35±0,34	0,69	2,36
LDL (mmol/L)	2,12±0,0.93	0,71	5,99
pH nhập viện	7,41±0,04	7,32	7,49
pCO_2 nhập viện (mmHg)	35,38±4,35	20,4	59,0
pO_2 nhập viện (mmHg)	97,9±17,33	55,2	169
HCO_3 nhập viện (mmol/l)	23,7±2,61	15,2	29,4
Lactat nhập viện (mmol/l)	1,80±0,71	1,2[b]	2,3[c]
Hồng cầu (T/l)	4,79±0,71	3,40	6,64
Hemoglobin	141,41±17,71	93	187
Hemotocrit	0,44±0,08	0,28	0,67
Bạch cầu (G/l)	8,19±1,62	4,87	10,99
Tiểu cầu (G/l)	239,55±73,28	101	415
PT-INR	1,26±0,47	0,78	3,74

a: Trung vị; b: Giá trị ứng với 25%; c: Giá trị ứng với 75%

Nhận xét: Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có nồng độ lactat máu trung bình lúc nhập viện là 1,80mmol/l trong đó giá trị nhỏ nhất là 0,70mmol/l; giá trị lớn nhất là 4,4mmol/l.

IV.BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình là 64,57 ± 14,42 với tuổi nhỏ nhất là 30, lớn nhất là 98 tuổi. Tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giảVương Thị Ánh Tuyết[2] (2020), Zymlinski[3] (2018) có tuổi trung bình lần lượt là 63,8 ± 15,4; 67 ± 12. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm đa số với 70,5% còn lại là 29,5% là giới nữ. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Zymlinski[3] (2018), Uyar[4] (2020) nam giới lần lượt chiếm 70,0% và 67,1%.

1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Trong 88 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa lipid máu lần lượt chiếm 72,7%, 33,0% và 68,2% cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Vương Thị Ánh Tuyết[2] (2020) lần lượt tương ứng là 39,0%, 14,5% và 73,0% do đối tượng bệnh nhân của tác giả là suy tim cấp nói chung còn của chúng tôi là suy tim cấp có phân suất tống máu giảm không có sốc tim. Kết quảcủa chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Uyar và cộng sự[4](2020) trên cùng đối tượng bệnh nhân lần lượt là 62,0% và 48,0%.

Nguyên nhân gây suy tim do bệnh mạch vành chiếm tỷ lệ cao nhất 62,5%, tiếp đến là THA 15,9%, bệnh cơm tim 11,4% và bệnh van tim 10,2%. Tương tự với kết quả của Biegus và cộng sự[5](2019) và Uyar và cộng sự[4](2020) lần lượt là 68,0% và 64,7%.

Huyết áp tâm thu trung bình lúc nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 126,4 ± 18,55 mmHg cao hơn kết quả của Vương Thị Anh Tuyết[2] (2020) là 116,5±24,79 mmHg do nghiên cứu của tác giả bao gồm suy tim cấp nói chung trong đó có 10,2% sốc tim. Kết quảcủa chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Uyar và cộng

sự[4](2020) là 125,64 ± 21,53 mmHg.

Huyết áp tâm trương trung bình lúc nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 80,68 ± 12,80 mmHg tương tự với nghiên cứu của Uyar và cộng sự[4](2020) là 80,75 ± 13,77 mmHg. Kết quả này cao hơn huyết áp tâm trương trung bình lúc nhập viện của Vương Thị Anh Tuyết[2] (2020) là 71,16±13,37 mmHg do nghiên cứu của chúng tôi đã loại trừ bệnh nhân có sốc tim.

Tần số tim trung bình lúc nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,57 ± 16,31 chu kỳ/phút, thấp nhất là 75 và cao nhất là 152 chu kỳ/phút, tương tự nghiên cứu của Senni và cộng sự[6](2014), Zymlinski và cộng sự[3](2018) và Vương Thị Ánh Tuyết[2](2020) lần lượt là 93 ± 25, 94 ± 26 và 96,32±22,10 chu kỳ/phút.

Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện lâm sàng lúc nhập viện tương đối nặng với tần số thở trung bình lúc nhập viện 26,80±4,31 chu kỳ/phút, độ bão hòa oxy trong máu SpO_2 trung bình lúc nhập viện là 92,06 ± 2,41%, mức độ khó thở NYHA III, IV chiếm 98,9%, 30,7% bệnh nhân có biểu hiện phù hai chi dưới và 29,5% bệnh nhân có gan to phù hợp với bệnh cảnh suy tim cấp phải nhập viện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Vương Thị Anh Tuyết[2](2020) trên 200 bệnh nhân phải nhập viện vì suy tim cấp. Bosso và cộng sự[7](2021) ghi nhân tần số thở trung bình lúc nhập viện tương tự là 27,5 ± 5,5 chu kỳ/phút.

2. Một số đặc điểm cận lâm sàng và nồng độ lactat máu lúc nhập viện của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có phân suất tống máu trung bình là 27,89 ± 5,81%, mức độ EF thấp nhất là 17,0% và cao nhất là 39%, rối loạn tâm trương độ III chiếm đa số 45,5%. Kết quả về chức năng tâm thu thất trái EF tương tư với nghiên cứu trên cùng đối tượng bệnh nhân của Biegus và cộng sự[5] (2019) và Uyar và cộng sự[4] (2020) lần lượt là 26 ± 10% và 27,79 ± 7,42%.

Các chỉ số sinh hóa máu lúc nhập viện glucose máu, chức năng gan, thận, điện giải đồ và lipid máu tương tự kết quả nghiên cứu của Vương Thị Ánh Tuyết[2] (2020) trên 200 bệnh nhân suy tim cấp, tuy nhiên nồng độ NT – proBNP lúc nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 824,13 [377,30; 4138,00] cao hơn của tác giả tương ứng là 553,15[321,80; 1134,00].

Kết quả về xét nghiệm huyết học ở 88 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Zymlinski và cộng sự[3](2018) cụ thể số lượng bạch cầu, tiểu cầu và hemoglobin lần lượt trong 2 nghiên cứu tương ứng là 8,19 ± 1,62G/l, 239,55 ± 73,28G/l, 141,42 ± 17,71g/l và 8,6 ± 3,4G/l, 222 ± 91 G/l, 130,0 ± 19,0g/l.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nồng độ lactat máu trung bình lúc nhập viện là 1,80 ± 0,71 mmol/l, giá trị thấp nhất, cao nhất lần lượt 0,7; 4,4 và khoảng tứ phân vị từ 25% đến 75% lần lượt là 1,2 và 2,3 mmol/l. Giá trị nồng độc lactat máu trung bình lúc nhập viện trong nghiên cứu của Zymlinski và cộng sự[3](2018) trên 237 bệnh nhân suy tim cấp là 1,8 mmol/l, khoảng tứ phân vị từ 25% đến 75% lần lượt là 1,5 và 2,4 mmol/l tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Biegus và cộng sự[5](2019) cũng báo cáo kết quả nồng độ lactat máu trung bình lúc nhập viện tương tự là 1,7 ± 1,1 mmol/l. Tuy nhiên kết quả này cũng thấp hơn nghiên cứu của Kawase và cộng sự[8](2015) là 3,0 ± 2,8 mmol/l do đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của tác giả là bệnh nhân suy tim cấp có sốc tim cần điều trị tại khoa hồi sức tích cực.

V.KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 88 bệnh nhân suy tim cấp có phân suất tống máu giảm không có sốc tim có tuổi trung bình 64,57 ± 14,42, nam giới chiếm 70,5%, nguyên nhân suy tim chủ yếu do bệnh mạch vành chiếm 62,5%. Tỷ lệ suy tim mới khởi phát chiếm 13,0%. Đặc điểm lâm sàng tương đối nặng với 100% bệnh nhân có ran ẩm ở phổi, mức độ khó thở NYHA III, IV chiếm 98,9% và 30,7% phù hai chi dưới. Đặc điểm cận lâm sàng: PSTM EF TB 27,89 ± 5,81 %; nồng độ NT – proBNP TB 824,13 [377,30; 4138,0] pmol/L; nồng độ troponin T TB 39,81 [6,80; 130,0] ng/L; mức lọc cầu thận TB 47,16 ± 20,39 ml/ph, nồng độ lactat máu TB 1,80±0,71 mmol/lphù hợp với bệnh cảnh suy tim cấp phải nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Farmakis D, Parissis J, Lekakis J, Filippatos G.** Acute heart failure: Epidemiology, risk factors, and prevention. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2015;68(3):245-248.
2. **Vương Thị Ánh Tuyết** (2020). Đánh giá mối liên quan giữa nồng độ acid uric với tỷ lệ tử vong và tái nhập viện của bệnh nhân suy tim cấp tại Viện Tim mạch Việt Nam, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Zymliński R, Biegus J, Sokolski M, et al**. Increased blood lactate is prevalent and identifies poor prognosis in patients with acute heart failure without overt peripheral hypoperfusion. Eur J Heart Fail. 2018;20(6):1011-1018.
4. **Uyar H, Yesil E, Karadeniz M, et al.** The Effect of High Lactate Level on Mortality in Acute Heart Failure Patients With Reduced Ejection Fraction Without Cardiogenic Shock. Cardiovasc Toxicol.

2020;20(4):361-369.
5. **Biegus J, Zymliński R, Sokolski M, et al.** Clinical, respiratory, haemodynamic, and metabolic determinants of lactate in heart failure. Kardiol Pol. 2019;77(1):47-52.
6. **Senni M, Gavazzi A, Oliva F, et al.** In-hospital and 1-year outcomes of acute heart failure patients according to presentation (de novo vs. worsening) and ejection fraction. Results from IN-HF Outcome Registry. Int J Cardiol. 2014;173(2):163-169.
7. **Bosso G, Mercurio V, Diab N, et al.** Time-weighted lactate as a predictor of adverse outcome in acute heart failure. ESC Heart Fail. 2021;8(1):539-545.
8. **Kawase T, Toyofuku M, Higashihara T, et al.** Validation of lactate level as a predictor of early mortality in acute decompensated heart failure patients who entered intensive care unit. J Cardiol. 2015;65(2):164-170.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG ĐOẠN TM BẢO QUẢN ĐỂ TẠO HÌNH LÀM DÀI TĨNH MẠCH THẬN TRONG GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải, Hoàng Tuấn, Nguyễn Quang Nghĩa, Lê nguyên Vũ, Đỗ Ngọc Sơn, Trần Hà Phương, Hoàng Tuấn Anh, Dương Công Nguyên, Trần Bình Giang(*)

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm kỹ thuật ghép thận từ người hiến sống sử dụng đoạn tĩnh mạch bảo quản và đánh giá kết quả sớm sau ghép của những bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 14 bệnh nhân ghép thận có tĩnh mạch thận phải ngắn có sử dụng đoạn tĩnh mạch bảo quản từ ngân hàng mô để tạo hình làm dài tĩnh mạch thận ghép tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 3/2019 đến 06/2020. **Kết quả:** 14 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 11 bệnh nhân sử dụng tĩnh mạch chậu, 3 bệnh nhân sử dụng tĩnh mạch sinh dục. Thời gian bảo quản mạch trung vị là 66.5 (Inter quartile range – IQR: 86) ngày. Có 13/14 tĩnh mạch bảo quản đầy đủ các lớp áo, không viêm xơ. Chiều dài đoạn mạch được làm dài thêm là 21.6 ± 6.8 mm. Thời gian thiếu máu lạnh trung bình 66.6 ± 14.5 phút, thời gian tạo hình tĩnh mạch 13 ± 1.8 phút, thời gian thiếu máu ấm 32.6 ± 6.2 phút. Chức năng thận sau ghép về bình thường 100% các trường hợp, không có biến chứng mạch máu sau ghép giai đoạn hậu phẫu và cho tới thời điểm hiện tại. Thời gian nằm viện trung bình 15 ± 1.03 ngày. Thời gian theo dõi trung vị là 22.5 tháng. **Kết luận:** Sử dụng đoạn mạch bảo quản đồng loại trong tạo hình mạch thận ngắn trong ghép thận là kỹ thuật dễ thực hiện, an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: tĩnh mạch bảo quản, ghép thận, tĩnh mạch thận ngắn, tạo hình tĩnh mạch thận ghép.

SUMMARY

THE OUTCOME OF USING CRYOPRESERVED VEIN GRAFT FOR LENGTHENING RENAL VEIN IN LIVING DONOR KIDNEY TRANSPLANTATION IN VIET DUC HOSPITAL

Objectives: Describing the living donor kidney transplantation technique of using cryopreserved vein homograft for lengthening renal vein and evaluated the efficiency of this technique. **Subject and methods:** A prospective study of 14 patients of living donor kidney transplantation with a short right renal vein, using cryopreserved vein homograft for lengthening renal vein in VietDuc hospital from 3/2019 to 6/2020. **Results:** 14 patients of a living donor kidney transplant in the study, 11 patients of cryopreserved iliac vein and 3 patients of cryopreserved gonadal vein were used. The median storage time was 66.5 (IQR 86) days. 13/14 patients of cryopreseved veins were normal, not fibrosis. The mean of renal veins extended was 21.6 ± 6.8 mm. The mean of cold ischemia time 66.6 ± 14.5 mins. The mean reconstruction time for lengthening renal vein was 13 ± 1.8 mins. The mean of ischemia time 32.6 ± 6.2 mins. Renal function was normal after 3-5 days in all patients without vascular complication after surgery. The mean hospitalization time was 15 ± 1,03 days. The average follow-up time was 22.5 (IQR 9) months. **Conclusion:** Using cryopreserved vein homograft for lengthening renal vein were an easy, safe and effective technique.

Keywords: cryopreserved vascular homograft, kidney transplantation, reconstruction short renal vein, lengthening renal vein.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, ca ghép thận đầu tiên dược thực hiện thành công tại bệnh viện 103 vào năm 1992. Từ đó đến nay có nhiều trung tâm và bệnh viện lớn tiến hành thực hiện kỹ thuật này. Thận phải có tĩnh mạch (TM) ngắn nên khi lấy thận phải từ người hiến sống để ghép, phẫu thuật viên thường gặp nhiều khó khăn khi xử lý vấn đề này nhằm tránh biến chứng miệng nối TM quá

(*)Bệnh viện Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải
Email: Drninhvietkhai@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.01.2022
Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022
Ngày duyệt bài: 7.3.2022