

thấy, tỷ lệ nhiễm Candida non-albicans đang có xu hướng tăng dần.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ viêm âm đạo do vi nấm Candida sp là thường gặp ở phụ nữ nhất. Nên thực hiện các kỹ thuật cận lâm sàng như soi tươi dịch âm đạo, nuôi cấy và định danh vi nấm trên môi trường CHROMagar giúp phân lập được một số loài Candida non-albicans thường gặp gây viêm âm đạo tái phát do Candida sp. Từ đó, giúp lâm sàng có cái nhìn mới hơn về tỷ lệ nhiễm Candida non-albicans trong việc xác định những tác nhân gây bệnh. Đây là phương pháp đơn giản, nhanh chóng, không quá tốn kém cũng như không đòi hỏi về nhân lực và trang thiết bị hiện đại. Vì vậy, có thể áp dụng kỹ thuật này tại các cơ sở y tế giúp lâm sàng chẩn đoán và điều trị hiệu quả chẩn đoán hiệu quả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bình (2019), "Tình trạng nhiễm Candida sp. ở âm đạo phụ nữ tuổi sinh đẻ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phong Da Liễu Trung ương Quy Hòa năm 2016", Tạp chí y học dự phòng, 29(6).
2. Lê Hiều Hạnh (2018), "Viêm âm đạo và các yếu tố

liên quan ở bệnh nhân nữ tại bệnh viện Da liễu Tp. Hồ Chí Minh", Luận văn thạc sỹ y học chuyên ngành da liễu, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh, tr.52-80.

3. Trần Thị Lợi, Ngũ Quốc Vĩ (2009), "Tỷ lệ viêm âm đạo và các yếu tố liên quan ở phụ nữ đến khám tại bệnh viện Đa Khoa trung ương Cần Thơ", tạp chí Y học Tp. Hồ Chí Minh,,
4. Nguyễn Thị Minh Thư (2019), "Tỷ lệ viêm âm đạo và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ khám phụ khoa Bệnh viện Quận 4 -Tp. Hồ Chí Minh", Luận văn thạc sỹ y học chuyên ngành Sản phụ khoa, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh, tr 65-75.
5. Nguyễn Văn Trường (2017), "Tỷ lệ viêm âm đạo do 3 tác nhân thường gặp và các yếu tố liên quan của phụ nữ huyện Hóc Môn, Tp. Hồ Chí Minh", Luận văn chuyên khoa cấp II chuyên ngành quản lý y tế, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh, tr 55-68.
6. Al-Ahmadey Z.Z, Mohamed S.A (2014), "Vulvovaginal candidiasis: Agents and its virulence factors", Microbiology Research International, 2 (3), pp. 28-37.
7. Dharma VMN, Umashankar KM, et al (2013). " Prevalence of the Trichomonas vaginalis infection in a tertiary care hospital in rural bangalore, southern Indida". J Clin Diagn Res, 7(7): 1401-1403.
8. Mendling Werner, Brasch J, Cornely OA, Effendy I, et al (2015). Guideline: Vulvovaginal Candidosis (AWMF 015/072), S2k (excluding chronic mucocutaneous Candidosis). Mycoses; 58 Suppl 1:1-15.

## MỐI LIÊN QUAN HỒI PHỤC THIẾU MÁU TRONG 6 THÁNG ĐẦU SAU GHÉP THẬN VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM NGƯỜI CHO, BỆNH NHÂN NHẬN THẬN GHÉP

Nguyễn Thanh Xuân<sup>1</sup>, Phạm Quốc Toàn<sup>1</sup>,  
Vũ Văn Huỳnh<sup>1</sup>, Lê Đình Anh<sup>1</sup>, Đặng Đức Trịnh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** nghiên cứu mối liên quan hồi phục tình trạng thiếu máu trong 6 tháng đầu sau ghép thận thành công với tuổi, giới tính của người cho và người nhận, loại thuốc chống thải ghép, mức độ thiếu máu trước ghép, thể tích và mức lọc cầu thận của người cho. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu phân tích theo dõi dọc tại nhiều thời điểm: trước ghép, sau ghép 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng trên 168 bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Mức biến đổi tăng huyết sắc tố sau ghép tương quan nghịch có ý nghĩa với huyết sắc tố trước ghép, tuổi của bệnh nhân nhận thận; huyết sắc tố tăng cao

hơn ở những bệnh nhân nam, người hiến là nam giới. Biến đổi huyết sắc tố sau ghép liên quan không có ý nghĩa với thời gian suy thận, mức lọc cầu thận, thể tích thận và tuổi của người hiến. **Kết luận:** Tình trạng thiếu máu do suy thận mạn tính được cải thiện dần dần trong 6 tháng đầu sau ghép thận thành công, hồi phục nhanh hơn ở những bệnh nhân nam, có người hiến là nam và ở người trẻ tuổi, nồng độ huyết sắc tố trước ghép không ảnh hưởng tới tình trạng thiếu máu sau ghép.

**Từ khóa:** Thiếu máu; Ghép thận

### SUMMARY

#### RELATION BETWEEN RECUPERATION OF ANEMIA AFTER FIRST 6 MONTHS RENAL TRANSPLANT WITH SOME CHARACTERISTICS OF KIDNEY DONORS AND RECIPIENTS

**Object:** The relation between recuperation of anemia after first 6 months kidney transplant with age, sex of the donor and recipient, antirejection drugs, degree of pre-transplant anemia, volume and level donor glomerular filtration. **Methods and**

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>2</sup>Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: bsxuanhatay@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 4.4.2022

**subjects:** Descriptive, followed up study in 168 kidney transplanted patients at before and at 1 week, 1 month, 3 months and 6 months after renal transplant, at Military Hospital 103. Result of red blood cell indices and other characteristics of patients were selected. **Results:** The recuperation of anemia after first 6 months kidney transplant is negative significant multiple regression linear with pretransplant hemoglobin level, age of recipients, male recipients, male donors; it is not significant multiple regression linear with period of chronic kidney failure, GFR, volume and age of kidney donors. **Conclusion:** lower pretransplant hemoglobin level, young age of recipients, male recipients, male donors were related with high recuperation of anemia after first 6 months kidney transplant.

**Keywords:** anemia; kidney transplant

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là một biến chứng phổ biến và không hồi phục của người bệnh thận mạn tính, đã được nhiều nghiên cứu chứng minh có liên quan đến tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân có lọc máu chu kỳ. Ghép thận là biện pháp điều trị thay thế thận tối ưu, giúp hồi phục lại gần như hoàn toàn sức khỏe cho người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối, trong đó có phục hồi khả năng tạo máu của thận, tuy nhiên tình trạng thiếu máu sau ghép thận vẫn là vấn đề cần quan tâm, đặc biệt những bệnh nhân có sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch [1], [7]. Thiếu máu sau ghép thận có thể được phân chia là thiếu máu sau ghép thận sớm (sau ghép đến 6 tháng) và thiếu máu sau ghép thận muộn (sau 6 tháng đến 5 năm). Nhiều nguyên nhân liên quan đến thiếu máu sau ghép: tình trạng người bệnh trước ghép: mức độ thiếu máu, giới, tuổi; tình trạng người cho: giới, tuổi, cùng huyết thống; thiếu máu do thiếu sắt [3]. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng thiếu máu sau ghép thận có thể liên quan đến giảm khả năng sống của thận ghép, các biến chứng tim mạch và tăng tỷ lệ tử vong [2]. Chính vì vậy, chúng tôi tìm hiểu đánh giá tình trạng phục hồi hay thiếu máu sớm sau ghép thận ở các thời điểm: trước và sau ghép, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Ngoài ra, chúng tôi tìm hiểu các yếu tố liên quan

đến thiếu máu sau ghép thận như: tình trạng người nhận, người cho thận, cùng hay khác huyết thống, giới tính, tình trạng mức lọc cầu thận, thể tích thận ghép, thiếu máu trước ghép, thuốc điều trị sau ghép. Từ đó, chúng tôi tiến hành đề tài "*Hồi phục thiếu máu trong 6 tháng đầu ở bệnh nhân sau ghép thận*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Bệnh nhân và thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu 168 bệnh nhân được ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1 năm 2018 tới tháng 6 năm 2020, theo dõi các thời điểm trước ghép, sau ghép: 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu: Bệnh nhân được ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Quân y 103; theo dõi và xét nghiệm đầy đủ tại các thời điểm: trước ghép, sau ghép 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng; bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân thận ghép đã mất chức năng phải điều trị bằng các phương pháp khác; bệnh nhân đang có sốt hoặc nhiễm trùng tiến triển, thải ghép cấp tại thời điểm lấy số liệu nghiên cứu, đang có thai; bệnh nhân không theo dõi đầy đủ theo kế hoạch.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại các thời điểm trước ghép, sau ghép: 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng của 168 bệnh nhân được ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1 năm 2018 tới tháng 6 năm 2020.

- Các bước tiến hành nghiên cứu: Lập mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất; thu thập số liệu hồi cứu của bệnh nhân qua bệnh án tuyển chọn ghép thận trước khi ghép thận tại BVQY 103; thu thập dữ liệu khi bệnh nhân tái khám tại các thời điểm; Bệnh nhân tái khám được khám lâm sàng, xét nghiệm máu, nước tiểu theo quy trình thống nhất.

- Tổng hợp và phân tích số liệu: số liệu được lập và tổng hợp theo phần mềm Excel và xử lý theo thuật toán thống kê với phần mềm SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 168)**

| Chỉ số                                 | Số lượng (tỷ lệ) hoặc Giá trị TB ± SD (min - max) |
|--|---|
| Tuổi BN ghép (năm)                     | 39,8±10,3(20-70)                                  |
| Tuổi người hiến (năm)                  | 34,0±9,5(23-67)                                   |
| Giới tính BN ghép (nam/nữ)             | 109/59 (64,9/35,1)                                |
| Giới tính người cho (nam/nữ)           | 111/57 (66,1/33,9)                                |
| Nguyên nhân suy thận (VCTM/khác)       | 137/31 (81,5/18,5)                                |
| Nguồn (huyết thống/không huyết thống)  | 14/154 (8,33/91,7)                                |
| Nước tiểu bảo tồn/24h (<=500ml/>500ml) | 113/55 (67,3/32,7)                                |

|  |                    |
|--|--------------------|
| Bất tương hợp HLA (allen)              | 3,2 ± 1,2 (0 - 6)  |
| Kháng thể kháng HLA(Có/không)          | 24/144 (14,3/85,7) |
| Thuốc CNI (Tacrolimus/Cyclosporin)     | 153/15 (91,1/8,9)  |
| Thiếu máu                              |                    |
| Thiếu máu nhẹ (Hb ≥ 90 g/l)            | 129 (76,8%)        |
| Thiếu máu trung bình (Hb: 80 – 90 g/l) | 39 (23,2%)         |

Bệnh nhân ghép thận chủ yếu trong độ tuổi lao động, tuổi trung bình người hiến thận cũng ở tuổi tương đối trẻ. Tỷ lệ bệnh nhân và người hiến là nam cao hơn so với nữ. Nguyên nhân suy thận chủ yếu do viêm cầu thận mạn tính. Nguồn thận ghép từ người cho không cùng huyết thống chiếm đa số. Phần lớn bệnh nhân trước ghép trong tình trạng thiếu niệu hoặc vô niệu. Bất tương hợp HLA ở các mức độ khác nhau, cao nhất ở mức 6 allen. Tỷ lệ có kháng thể kháng HLA không cao. Bệnh nhân sử dụng ức chế calcineurin là tacrolimus chiếm tỉ lệ cao hơn so với cyclosporin.

**Bảng 3.2. Chỉ số huyết sắc tố tại các thời điểm nghiên cứu (n = 168)**

|         | Nhóm chung (g/l) | Nhóm (1) thiếu máu vừa (Hb: 80 -90 g/l) | Nhóm (2) thiếu máu nhẹ (Hb: 90-110 g/l) | p (1-2) |
|---------|------------------|---|---|---------|
| Trước   | 101,6 (15,0)     | Mean (SD)                               | Mean (SD)                               |         |
| 1 tuần  | 103,6 (17,0)     | 99,5 (18,3)                             | 104,9 (16,5)                            | > 0,05  |
| 1 tháng | 120,4 (14,5)     | 116,2 (15,8)                            | 121,7 (13,9)                            | < 0,05  |
| 3 tháng | 129,8 (15,4)     | 124,1 (13,2)                            | 132,4 (17,8)                            | < 0,01  |
| 6 tháng | 133,2 (16,1)     | 129,9 (16,6)                            | 135,0 (16,2)                            | > 0,05  |

Giá trị trung bình huyết sắc tố tăng dần theo thời gian tại các thời điểm nghiên cứu trước ghép, sau ghép 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm bệnh nhân thiếu máu vừa trước ghép có huyết sắc tố trung bình sau ghép tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm thiếu máu nhẹ trước ghép, tại thời điểm 6 tháng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

**Bảng 3.3. Biến đổi huyết sắc tố tại các thời điểm sau ghép so với trước ghép (n=168)**

| Thời điểm | Nhóm chung (g/l) | Nhóm (1) thiếu máu vừa (Hb: 80 -90 g/l) | Nhóm (2) thiếu máu nhẹ (Hb: 90-110 g/l) | P (1-2) |
|-----------|------------------|---|---|---------|
|           | Mean (SD)        | Mean (SD)                               | Mean (SD)                               |         |
| 1 tuần    | 2,0 (20,8)       | 16,6 (20,0)                             | -2,4 (19,1)                             | <0,001  |
| 1 tháng   | 18,8 (18,7)      | 33,3 (16,3)                             | 14,4 (17,2)                             | <0,001  |
| 3 tháng   | 28,2 (17,9)      | 41,1 (13,6)                             | 25,1 (19,1)                             | <0,001  |
| 6 tháng   | 31,6 (19,3)      | 46,9 (16,9)                             | 27,8 (18,1)                             | <0,001  |

Huyết sắc tố tăng lên rõ rệt thời điểm sau ghép 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Huyết sắc tố tăng nhanh hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm thiếu máu vừa trước ghép so với nhóm thiếu máu nhẹ trước ghép tại các thời điểm nghiên cứu sau ghép.

**Bảng 3.4. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến mô liên quan biến đổi huyết sắc tố sau ghép tại các thời điểm với các chỉ số, yếu tố (n = 168)**

|                          | 1 tuần<br>OR, CI: 95%     | 1 tháng<br>OR, CI: 95%    | 3 tháng<br>OR, CI: 95%    | 6 tháng<br>OR, CI: 95%    |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Tuổi người nhận          | 0.04 [-0.23,0.31]         | -0.25*[-0.48,-0.02]       | -0.28*[-0.53,-0.03]       | -0.29*[-0.53,-0.05]       |
| Tuổi người hiến          | 0.15 [-0.14,0.43]         | 0.10[-0.14,0.34]          | -0.14[-0.41,0.13]         | -0.23[-0.49,0.02]         |
| Người nhận là nữ         | 0.00 [0.00,0.00]          | 0.00[0.00,0.00]           | 0.00[0.00,0.00]           | 0.00[0.00,0.00]           |
| Người nhận là nam        | 5.23 [-0.22,10.68]        | 2.25[-2.36,6.86]          | 8.58**[3.47,13.70]        | 11.05***[6.21,15.90]      |
| Người hiến là nữ         | 0.00 [0.00,0.00]          | 0.00[0.00,0.00]           | 0.00[0.00,0.00]           | 0.00[0.00,0.00]           |
| Người hiến là nam        | -0.38 [-6.13,5.37]        | 6.01*[1.15,10.88]         | 6.58*[1.18,11.97]         | 3.57[-1.54,8.68]          |
| Thời gian suy thận mạn   | 0.29 [-0.35,0.93]         | 0.06[-0.48,0.61]          | 0.11[-0.49,0.71]          | 0.14[-0.42,0.71]          |
| MLCT người hiến          | 0.09 [-0.08,0.27]         | 0.01[-0.14,0.15]          | 0.02[-0.14,0.18]          | 0.08[-0.07,0.24]          |
| Thể tích thận người hiến | 0.03 [-0.03,0.09]         | -0.00[-0.06,0.05]         | -0.00[-0.06,0.05]         | 0.01[-0.05,0.06]          |
| Huyết sắc tố trước ghép  | -0.80***<br>[-0.98,-0.62] | -0.86***<br>[-1.01,-0.71] | -0.73***<br>[-0.90,-0.56] | -0.80***<br>[-0.96,-0.65] |

**Ghi chú:** \*p < 0.05, \*\*p < 0.01, \*\*\*p < 0.001

Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến mối liên quan biến đổi hồi phục huyết sắc tố sau ghép tại các thời điểm với các yếu tố cho thấy:

Huyết sắc tố của bệnh nhân trước ghép tương quan nghịch có ý nghĩa với mức hồi phục huyết sắc tố sau ghép tại tất cả các thời điểm nghiên cứu: hồi phục nhanh ở những bệnh nhân có huyết sắc tố thấp hơn.

Tuổi của bệnh nhân tương quan nghịch có ý nghĩa với mức hồi phục huyết sắc tố sau ghép tại tất cả các thời điểm nghiên cứu: hồi phục nhanh ở những bệnh nhân trẻ hơn.

Bệnh nhân là nam có mức hồi phục huyết sắc tố sau ghép nhanh hơn có ý nghĩa ở thời điểm sau ghép 3 tháng và 6 tháng.

Nhận thận từ người hiến là nam giúp hồi phục huyết sắc tố nhanh hơn có ý nghĩa thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau ghép, sự khác biệt không có ý nghĩa thời điểm 6 tháng.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân ghép thận chủ yếu trong độ tuổi lao động. Tuổi trung bình của người hiến cũng ở độ tuổi trẻ, độ tuổi tham gia lao động. Tỷ lệ giới tính bệnh nhân và người hiến là nam cao hơn so với nữ. Nguyên nhân suy thận chủ yếu do viêm cầu thận mạn. Nguồn thận ghép từ người cho không cùng huyết thống chiếm đa số là một đặc điểm thường gặp tại các trung tâm ghép ở Việt Nam. Phần lớn bệnh nhân trước ghép trong tình trạng thiếu niệu hoặc vô niệu. Mức bất tương hợp HLA của các cặp ghép ở các mức độ khác nhau, cao nhất ở mức 6 allen, về lâu dài đây là yếu tố kích hoạt hình thành nên các kháng thể kháng HLA người cho, nguy cơ gây thải ghép thể dịch cấp và mạn tính. Tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu có kháng thể kháng HLA không cao. Bệnh nhân sử dụng ức chế calcineurin là tacrolimus chiếm tỉ lệ cao hơn so với cyclosporin (bảng 3.1).

Sau ghép thận, thận ghép sẽ thay thế thận suy để thực hiện các chức năng của thận trong đó có tiết erythropoietin tham gia tạo máu. Ngoài ra, chức năng lọc và cân bằng kiềm toan của thận hồi phục cũng làm giảm và mất đi tình trạng nhiễm độc do suy thận, đời sống hồng cầu được hồi phục. Kết quả là tình trạng thiếu máu được cải thiện. Kết quả nghiên cứu cho thấy giá trị trung bình huyết sắc tố ở nhóm bệnh nhân thiếu máu vừa trước ghép thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm thiếu máu nhẹ trước ghép ở thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau ghép (bảng 3.2); sự khác biệt này không có ý nghĩa ở thời điểm sau ghép 6 tháng, có nghĩa là thiếu máu ở mức

độ khác nhau trước ghép đều được cải thiện tốt sau ghép. Kết quả này có thể được lý giải khi phân tích sự hồi phục huyết sắc tố sau ghép, kết quả cho thấy giá trị trung bình mức biến đổi (tăng lên so với trước ghép) của huyết sắc tố tại các thời điểm sau ghép 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng của nhóm thiếu máu vừa trước ghép cao hơn so với nhóm thiếu máu nhẹ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (bảng 3.3). Quá trình đáp ứng tiết erythropoietin từ thận ghép hoạt động bình thường sau ghép để tham gia tạo máu tùy theo mức độ thiếu máu, thiếu máu nặng hơn sẽ tạo ra đáp ứng tiết erythropoietin nhiều hơn để kích thích tạo máu mạnh mẽ hơn. Hơn nữa, trong tuần đầu sau ghép tình trạng nhiễm độc do suy thận được cải thiện nhanh chóng, cân bằng dịch, điện giải và kiềm toan của bệnh nhân dần ổn định, tạo điều kiện hồi phục thiếu máu nhanh hơn. Sự thay đổi phản ánh tình trạng thiếu máu bắt đầu phục hồi sau ghép thận tương ứng với chức năng thận ghép được cải thiện [4]. Sự hồi phục thiếu máu mạnh mẽ nhất vào tháng thứ 3 sau ghép. Điều này có thể lý giải đây là khoảng thời gian hồi phục và làm mất đi các nguyên nhân gây thiếu máu trước ghép và cũng là thời gian của đời sống trung bình hồng cầu. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Iwamoto H. (2014) thấy tình trạng thiếu máu cải thiện đáng kể từ tháng thứ 3 sau ghép [4]. Nghiên cứu của Joist H. (2006) cho thấy do sự sản xuất lượng erythropoietin tăng lên nhanh chóng sau ghép đã thúc đẩy quá trình sản xuất hồng cầu mới tái sinh, sau 3 tháng lượng erythropoietin được sản xuất tương đối đầy đủ và hầu hết bệnh nhân có chức năng thận tốt đều đạt đích hemoglobin lớn hơn 12g/dl [5]. Thiếu máu và hồi phục thiếu máu sau ghép là kết quả của ghép thận khỏe mạnh từ người hiến đưa vào cơ thể người bệnh, nó cũng có thể chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác nhau [6]. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến mối liên quan biến đổi hồi phục huyết sắc tố sau ghép tại các thời điểm với các yếu tố cho thấy huyết sắc tố của bệnh nhân trước ghép tương quan nghịch có ý nghĩa với mức hồi phục huyết sắc tố sau ghép tại tất cả các thời điểm nghiên cứu: hồi phục nhanh ở những bệnh nhân có huyết sắc tố thấp hơn. Tuổi của bệnh nhân tương quan nghịch có ý nghĩa với mức hồi phục huyết sắc tố sau ghép tại tất cả các thời điểm nghiên cứu: hồi phục nhanh ở những bệnh nhân trẻ hơn. Bệnh nhân là nam có mức hồi phục huyết sắc tố sau ghép nhanh hơn có ý nghĩa ở thời điểm sau ghép 3 tháng và 6 tháng. Nhận thận từ người hiến là nam giúp hồi

phục huyết sắc tố nhanh hơn có ý nghĩa thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau ghép, sự khác biệt không có ý nghĩa thời điểm 6 tháng. Dựa vào những yếu tố liên quan đa biến này các bác sĩ lâm sàng điều trị bệnh nhân sau ghép tiên lượng nguy cơ thiếu máu sau ghép, đồng thời điều chỉnh phác đồ phù hợp giúp kiểm soát thiếu máu sau ghép, làm giảm nguy cơ các biến chứng cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau ghép.

## V. KẾT LUẬN

Hồi phục thiếu máu do suy thận mạn tính được cải thiện có ý nghĩa tại các thời điểm sau ghép thận 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng, tốc độ hồi phục nhanh hơn ở những bệnh nhân thiếu máu vừa trước ghép so với thiếu máu nhẹ. Quá trình hồi phục tốt hơn ở người nhân là nam, tuổi trẻ và người hiến là nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Borrows R., Loucaidou M., et al.** (2008),

"Anaemia and congestive heart failure early post-renal transplantation". *Nephrol Dial Transplant*, 23 (5), 1728-34.

2. **Groeneweld H. F., Januzzi J. L., et al.** (2008), "Anemia and mortality in heart failure patients a systematic review and meta-analysis". *J Am Coll Cardiol*, 52 (10), 818-27.

3. **Gurlek Demirci B., Sezer S., et al.** (2015), "Post-transplantation Anemia Predicts Cardiovascular Morbidity and Poor Graft Function in Kidney Transplant Recipients". *Transplant Proc*, 47 (4), 1178-81.

4. **Iwamoto H., Nakamura Y., et al.** (2014), "Correlation between post kidney transplant anemia and kidney graft function". *Transplant Proc*, 46 (2), 496-8.

5. **Joist H., Brennan D. C., Coyne D. W.** (2006), "Anemia in the kidney-transplant patient". *Adv Chronic Kidney Dis*, 13 (1), 4-10.

6. **Kamar N., Rostaing L., et al.** (2012), "Impact of post-transplant anemia on patient and graft survival rates after kidney transplantation: a meta-analysis". *Clin Transplant*, 26 (3), 461-9.

7. **Elsayed H., Sany D., et al.** (2012), "Prevalence and association of post-renal transplant anemia". *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 23 (3), 461-6.

## VIÊM RỄ DÂY THẦN KINH HOẶC HỘI CHỨNG THẦN KINH THOÁNG QUA SAU TÊ TỦY SỐNG: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Phạm Quang Minh<sup>1</sup>, Dương Thị Hoài<sup>1</sup>

### RADICULOPATHY OR TRANSIENT NERVOUS SYNDROME AFTER SPINAL ANESTHESIA: A CASE REPORT

A 73-year-old male patient, a recent history of diabetes, the patient had an enlarged prostate gland, he had tumor resected under spinal anesthesia. After surgery, the patient had symptoms of numbness, weakness, severe pain on both sides of the legs. The patient was diagnosed with radiculopathy, not excluding the transient neurologic syndrome after spinal anaesthesia. After ruling out all causes requiring mechanical ventilation or surgical intervention, the patient was treated with steroid, lyrica, and pain killer. All symptoms subsided and recovered almost completely after 1 month. Anesthesiologists need to know the syndromes, disorders after spinal anesthesia, especially acute neurological disorders that must be early diagnosed and treated immediately. Another case, it need to have different diagnosis so to give a treatment strategy and also explanation for the patient.

**Keyword:** spinal anesthesia, transient neurologic syndrome, radiculopathy

### I. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 73 tuổi, tiền sử cao huyết áp điều trị thường xuyên, huyết áp kiểm soát tốt, chưa tai biến lần nào. Đái tháo đường mới phát hiện, đường huyết 7.4mmol/l, HbA1C 6.5%. Bệnh nhân bị u phì đại tiền liệt tuyến, được chỉ

### TÓM TẮT

Bệnh nhân nam 73 tuổi, tiền sử đái tháo đường mới phát hiện, bệnh nhân bị u phì đại tiền liệt tuyến, được phẫu thuật cắt u nội soi, phương pháp vô cảm tê tủy sống. Sau mổ bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng tê bì, yếu, đau kiểu điện giật đùi 2 bên. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm rễ dây thần kinh, chưa loại trừ hội chứng thần kinh thoáng qua sau tê tủy sống. Sau khi loại trừ các nguyên nhân cần can thiệp mổ hoặc can thiệp ngoại khoa, bệnh nhân được điều trị bằng thuốc chống viêm steroid, lyrica và thuốc giảm đau. Các triệu chứng giảm và hồi phục gần như hoàn toàn sau 1 tháng. Bác sĩ gây mê cần nắm chắc các hội chứng, các rối loạn sau tê tủy sống nhất là các tổn thương thần kinh cấp tính để phối hợp điều trị kịp thời. Các trường hợp còn lại cần chẩn đoán phân biệt để đưa ra chiến lược điều trị phù hợp và giải thích cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** Tê tủy sống, hội chứng thần kinh thoáng qua, viêm rễ dây thần kinh

### SUMMARY

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh

Email: quangminhvietchuc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 5.4.2022