

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 Minh¹, Dương Thị Hoài¹

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 thở máy 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

¹Trường 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

định phẫu thuật cắt u nội soi. Khám trước mổ: ASA II, Mal II. Các xét nghiệm cận lâm sàng: công thức máu, đông máu, điện tâm đồ, siêu âm tim, chức năng hô hấp trong giới hạn bình thường. Thăm khám thần kinh trung ương và ngoại vi không có gì đặc biệt. Bệnh nhân được gây tê tủy sống L3-4 bằng thuốc Marcain 5mg, Fentanyl 0,03mg. Trong quá trình làm thủ thuật không có biến chứng gì, bệnh nhân không có dị cảm trong lúc chọc kim hay tiêm thuốc. Dự phòng nôn bằng dexamethason, ondasetron. Kháng sinh dự phòng, truyền dịch thường quy. Trong mổ bệnh nhân tê tốt, ca mổ tiến hành thuận lợi, thời gian phẫu thuật 70 phút. Trong mổ huyết động ổn định, tự thở tốt, bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo. Sau mổ bệnh nhân được theo dõi 120 phút ở phòng hồi tỉnh, sau khi phong bế dưới D12, vận động chi tốt bệnh nhân được chuyển về khoa ngoại tiết niệu điều trị tiếp.

Ngày đầu sau mổ bệnh nhân xuất hiện tê bì, yếu 2 chân, mất cảm giác đau ở mặt ngoài đùi 2 bên kèm theo đau như kiến điện giật mặt trong đùi phải và mặt ngoài đùi trái. Không được điều trị gì đặc biệt, bác sỹ khoa tiết niệu cho thuốc giảm đau chống viêm thông thường Ketorolac 40mg x 3lần/ngày và Paracetamol 1g x 3 lần/ngày. Ngày thứ 4 sau mổ các triệu chứng không cải thiện nhiều, Bác sỹ chuyên khoa thần kinh, bác sỹ gây mê được mời hội chẩn. Bệnh nhân được chẩn đoán: theo dõi viêm rễ thần kinh đùi ngoài hai bên sau tê tủy sống. Bệnh nhân được dùng thuốc chống viêm Medrol 16mg x 3viên/ngày và Lyrica 75mg x 1viên/ngày. Các triệu chứng đau kiểu điện giật cải thiện nhưng tê bì vẫn còn. Bệnh nhân được chỉ định chụp MRI cột sống thắt lưng. Hình ảnh chủ yếu là thoái hoá cột sống do loãng xương ở người cao tuổi, thoát vị đĩa đệm vị trí L4-5, không có chèn ép thần kinh cùng mức. Bệnh nhân tiếp tục được kê đơn thuốc như trên với liều medrol giảm dần, điều trị ngoại trú, hẹn khám lại sau 1 tháng. Sau một tháng điều trị triệu chứng tê bì giảm, nhưng chưa hết hoàn toàn. Bệnh nhân được hướng dẫn theo dõi tại nhà, giảm liều thuốc và dùng thêm các biện pháp y học cổ truyền.

II. BÀN LUẬN

1. Hội chứng thần kinh thoáng qua. Với các triệu chứng như đã mô tả ngoài chẩn đoán viêm đa rễ thần kinh theo như hội chẩn với bác sỹ nội thần kinh, còn một chẩn đoán nữa cũng có thể được nghĩ tới là "Hội chứng thần kinh thoáng qua" - TNSs (Transient Neurologic Symptoms) Hội chứng này là 1 trong 9 tai biến,

phiền nạn thường gặp sau tê tủy sống. TNSs được định nghĩa là đau lưng và/hoặc rối loạn cảm giác lan tỏa hai bên chân hoặc hông, sau khi tê tủy sống đã hồi phục hoàn toàn, các triệu chứng xuất hiện trong 24 giờ sau phẫu thuật, thường không có bằng chứng khách quan nào của các tổn thương thần kinh đại thể [1]. Cơ đau thường ở mức độ trung bình, dễ dàng kiểm soát bởi các thuốc giảm đau non-steroid, opioid có thể được sử dụng trong một số trường hợp. Các triệu chứng thường không kéo dài và không để lại di chứng gì.

Cơ chế bệnh sinh. Cơ chế bệnh sinh của TNSs chưa rõ ràng, đến nay ngay cả tên của hội chứng này vẫn còn tranh cãi. Mặc dù trong tên có chữ "thoáng qua", nhưng triệu chứng cũng có thể kéo dài nhiều tuần, khó chẩn đoán xác định vì tổn thương thần kinh chỉ là vi thể. Để tránh nhầm lẫn, các chuyên gia cho rằng không cần phải thay đổi tên cho đến khi tìm được bằng chứng rõ ràng. Điều đáng nói là hội chứng này không được công nhận cho đến đầu những năm 1990. Mặc dù Lidocain đã được sử dụng từ năm 1948 để gây tê tủy sống cho hàng triệu bệnh nhân, cũng có những bệnh nhân xuất hiện triệu chứng thần kinh nhưng không có bệnh nhân nào có di chứng thần kinh nghiêm trọng. Thực hành gây tê tủy sống đã thay đổi rất nhiều trong những năm gần đây, đặc biệt là về kỹ thuật. Việc sử dụng thuốc tiền mê trước khi gây tê tủy sống làm giảm các tai biến của kỹ thuật. Hơn nữa việc sử dụng kim tê tủy sống cỡ nhỏ, kim đầu bút chì cũng làm giảm đáng kể các tổn thương thần kinh. Bệnh nhân sau gây tê tủy sống phục hồi vận động cảm và giác rất sớm, vì vậy không đủ bằng chứng để khẳng định những thay đổi về loại kim làm giảm tỷ lệ TNSs, bởi lẽ TNSs vẫn được báo cáo gần đây. Như vậy về mặt cơ chế, nhiều khả năng là do nhiễm độc thần kinh gây nên bởi thuốc tê, bởi mối liên quan chặt chẽ giữa việc truyền liên tục Lidocain vào khoang dưới nhện với hội chứng đuôi ngựa [2]. Ngoài ra thiếu máu cục bộ thần kinh thứ phát sau co kéo dây thần kinh, co kéo mạch tủy sống, tư thế bệnh nhân, chấn thương thần kinh do kỹ thuật gây tê, tai biến của phẫu thuật cột sống cũng góp phần gây lên TNSs.

Các yếu tố nguy cơ. Sau báo cáo ban đầu về liên quan giữa TNSs với lidocain, hội chứng này cũng xuất hiện với một số loại thuốc tê khác. Tỷ lệ TNSs với lidocain 5% là 10 – 37% [3]. Nguy cơ xuất TNSs cao nhất với lidocaine và mepivacain, tỷ lệ xuất hiện cao hơn gấp bảy lần so với bupivacain, prilocaine, hoặc procaine [4].

Nồng độ cao của thuốc tê cũng liên quan đến tỷ lệ xuất hiện TNSs. Thuốc tê nồng độ càng cao càng dễ gây độc thần kinh.

Các đặc điểm về thể chất của bệnh nhân cũng có thể dẫn đến việc xuất hiện các triệu chứng thần kinh thoáng qua sau khi gây tê tủy sống. Thay đổi giải phẫu cột sống ảnh hưởng đến sự lan truyền của thuốc tê trong khoang dưới nhện, do tỷ trọng của thuốc tê cao hơn so với dịch não tủy [5]. Điểm thấp nhất của cột sống khác nhau do bệnh lý cong vẹo cột sống hoặc do độ cong giải phẫu khác nhau giữa các bệnh nhân, tư thế bệnh nhân trong phẫu thuật cũng ảnh hưởng đến phân bố thuốc tê không đồng đều giữa các vị trí ở tủy sống, điều này dẫn đến thuốc tập trung nhiều ở một số vị trí và gây độc thần kinh [6].

Ngoài tác dụng gây độc thần kinh của thuốc gây tê, thuốc cơ mạch sử dụng để xử lý các rối loạn huyết động trong tê tủy sống cũng liên quan đến thiếu máu cục bộ thần kinh hoặc gây tê tủy sống kéo dài vì giảm hấp thu thuốc tê vào mạch máu. Những thay đổi giảm tưới máu, do huyết áp thấp hoặc do giảm hấp thu thuốc tê đều gây ảnh hưởng đến thần kinh và tăng nguy cơ xuất hiện TNSs.

2. Viêm đa rễ dây thần kinh. Ca lâm sàng của chúng tôi các triệu chứng đau khi cử động bất thường và khi ho khá rõ và kéo dài nhiều tuần nên các bác sỹ nội thần kinh còn nghĩ tới bệnh lý viêm đa rễ dây thần kinh. Trước hết phải loại trừ ngay biến chứng cơ học sau tê tủy sống, tê tủy sống chỉ là cơ hội thuận lợi để xuất hiện viêm đa rễ thần kinh ngoại vi. Có 2 nguyên nhân để loại trừ: thứ nhất vị trí chọc kim tê tủy sống không trùng với vị trí đau rễ thần kinh; thứ hai nếu là biến chứng cơ học sau gây tê tủy sống thì thường đau, tê bì một bên, bệnh nhân của chúng tôi đau đối xứng 2 bên. Một bệnh lý cũng dễ bị nhầm lẫn là viêm đa dây thần kinh do chuyển hóa (bệnh nhân của chúng tôi mới được chẩn đoán đái tháo đường). Viêm đa dây thần kinh do biến chứng đái tháo đường khá thường thường gặp. Biểu hiện lâm sàng sớm là rối loạn cảm giác ở hai chân và mang tính chất đối xứng. Sau một thời gian rất lâu mới có những rối loạn về vận động, phản xạ gân xương giảm hay mất, chủ yếu ở hai chi dưới. Bệnh nhân của chúng tôi còn có triệu chứng yếu 2 chân, không nằm trong tiêu chuẩn chẩn đoán viêm đa dây thần kinh. Như vậy một chẩn đoán viêm đa rễ dây thần kinh sau gây tê tủy sống là phù hợp nhất là khi đã có bằng chứng trên phim chụp cộng hưởng từ cộng với tiêu chuẩn chẩn đoán của viêm đa rễ dây

thần kinh:

Bảng: Tiêu chuẩn chẩn đoán [7]

Tiêu chuẩn chẩn đoán cần thiết	Tiêu chuẩn hỗ trợ
<ul style="list-style-type: none"> • Yếu/liệt chi lan toả và đối xứng • Giảm/mất phản xạ gân xương ở 2 chi dưới hay tứ chi • Tiến triển dưới 4 tuần. • Loại bỏ porphyria, bạch hầu, bại liệt, viêm tủy, nhược cơ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rối loạn cảm giác nhẹ • Liệt dây VII ngoại biên 2 bên (50%) • Rối loạn thần kinh thực vật: nhịp tim nhanh. • Protein tăng trong dịch não tủy từ tuần thứ hai, tế bào dưới 12 • Chẩn đoán điện: tổn thương myelin.

Vấn đề cần đặt ra là yếu tố khởi phát viêm đa rễ, dây thần kinh là gì? Cái gì là yếu tố thuận lợi khởi phát? Nếu không gây tê tủy sống có tránh được sự xuất hiện của bệnh không? Những bệnh nhân nào cần tránh tê tủy sống khi khả năng xuất hiện bệnh cao? Cần làm gì để dự phòng và điều trị? Những câu hỏi này rất khó trả lời nếu đây là 2 giai đoạn sinh lý bệnh khác nhau và không liên quan với nhau giữa tê tủy sống và viêm đa rễ dây thần kinh. Bệnh nhân của chúng tôi không có các triệu chứng nặng cần phải xử lý cấp cứu như suy hô hấp do liệt cơ hô hấp thể Landry. Các triệu chứng cũng dần cải thiện và hồi phục sau 1 tháng, đây cũng là một yếu tố tiên lượng tốt.

III. KẾT LUẬN

Tê tủy sống là một phương pháp vô cảm có nhiều ưu điểm nhưng cũng có một số tác dụng phụ sau mổ cần quan tâm nhất là hội chứng thần kinh thoáng qua. Việc chẩn đoán thường không dễ dàng, có thể nhầm với một số bệnh lý khác như viêm đa rễ dây thần kinh. Vấn đề quan trọng là khám và loại trừ những trường hợp nặng cần thở máy hoặc can thiệp ngoại khoa. Thông thường các rối loạn thần kinh thoáng qua sau tê tủy sống thường dễ kiểm soát và có thể hồi phục hoàn toàn sau một vài tuần. Các bác sỹ gây mê cần có hiểu biết và kinh nghiệm đầy đủ để tiên lượng cũng như giải thích cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tarkkila P, Huhtala J, Tuominen M.** Transient radicular irritation after spinal anaesthesia with hyperbaric 5% lignocaine. *Br J Anaesth* 1995;74:328-329.
2. **Carpenter RL.** Hyperbaric lidocaine spinal anesthesia: do we need an alternative? [editorial] *Anesth Analg* 1995;81:1125-1128
3. **Pollock JE, Neal JM, Stephenson CA, et al.** Prospective study of the incidence of transient

radicular irritation in patients undergoing spinal anesthesia. *Anesthesiology* 1996;84:1361-1367

4. **Zaric D, Christiansen C, Pace NL, et al.** Transient neurologic symptoms after spinal anesthesia with lidocaine versus other local anesthetics: a systematic review of randomized controlled trials. *Anesth Analg* 2005;100:1811-1816.
5. **Greene N.** Distribution of local anesthetic

solutions within the subarachnoid space. *Anesth Analg* 1985;64:715-730.

6. **Hirabayashi Y, Shimizu R, Saitoh K, et al.** Anatomical configuration of the spinal column in the supine position. I. A study using magnetic resonance imaging. *Br J Anaesth* 1995;75:3-5
7. **Đại học Y dược Huế.** Thần kinh – Bệnh lý thần kinh ngoại biên. Nhà xuất bản Đại học Y dược Huế. 2015.

XÁC ĐỊNH NỒNG ĐỘ, MỐI LIÊN QUAN, TƯƠNG QUAN GIỮA NT-proBNP HUYẾT TƯƠNG VÀ MỨC ĐỘ, HÌNH THÁI, CHỨC NĂNG THẤT TRÁI Ở BỆNH NHÂN SUY TIM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VINH

Cao Trường Sinh*, Nguyễn Ngọc Quý*

TÓM TẮT

Mục đích: Xác định nồng độ, mối liên quan, tương quan giữa NT-proBNP huyết tương với mức độ, giai đoạn suy tim và hình thái, chức năng thất trái. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 109 bệnh nhân được chẩn đoán suy tim theo tiêu chuẩn ESC 2016, tuổi trung bình $76,17 \pm 12,18$. Được khám lâm sàng, siêu âm tim và làm xét nghiệm NT-proBNP đánh giá mối tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với mức độ, giai đoạn suy tim và hình thái, chức năng thất trái. **Kết quả:** Nồng độ NT-proBNP trung bình ở bệnh nhân suy tim là $6839,06 \pm 644,51$ pg/ml. Nồng độ NT-proBNP có liên quan đến độ nặng suy tim theo phân loại NYHA, ACC/AHA với sự khác biệt giữa các mức độ suy tim có ý nghĩa thống kê $p < 0.001$. Nồng độ NT-proBNP và các chỉ số hình thái thất trái (LVDd, LVM, LVMI) có mối tương quan thuận với hệ số tương quan lần lượt là $r = 0,772$, $r = 0,793$, $r = 0,722$; $p < 0,001$. Nồng độ NT-proBNP và phân suất tống máu thất trái có sự tương quan nghịch với tỷ số tương quan $r = -0,748$, $p < 0,001$. **Kết luận:** Nồng độ NT-proBNP có liên quan đến độ nặng suy tim theo phân loại NYHA, ACC/AHA, có tương quan thuận giữa nồng độ NT-proBNP với hình thái thất trái và tương quan nghịch với chức năng thất trái.

SUMMARY

DETERMINATION OF CONCENTRATION, RELATIONSHIP, CORRELATION BETWEEN PLASMA NT-pro BNP CONCENTRATION WITH LEVEL, MORPHOLOGY AND FUNCTION OF LEFT VENTRICULAR IN HEART FAILURE PATIENTS AT VINH CITY UNIVERSITY HOSPITAL

Aim: To determine the relationship and correlation between plasma NT-proBNP concentration with the degree and stage of heart failure and left ventricular

morphology and function. **Subjects and methods:** 109 patients were diagnosed the heart failure according to ESC 2016 criteria with the average age of 76.17 ± 12.18 . Clinical examination, echocardiography and NT-proBNP test were performed to assess the correlation between plasma NT-proBNP levels and the degree and stage of heart failure and left ventricular morphology and function. **Results:** The mean NT-proBNP concentration in heart failure patients was 6839.06 ± 644.51 pg/ml. The concentration of NT-proBNP is related to the degree of heart failure according to the classification of NYHA, ACC/AHA with the difference between levels of heart failure with statistical significance $p < 0.001$. The concentration of NT-proBNP and the left ventricular morphological indices (LVDd, LVM, LVMI) were positively correlated with the correlation coefficient $r = 0.772$, $r = 0.793$, $r = 0.722$; $p < 0.001$, respectively. NT-proBNP concentration and left ventricular ejection fraction were negatively correlated with the correlation ratio $r = -0.748$, $p < 0.001$. **Conclusion:** NT-proBNP concentration is related to NYHA, ACC/AHA classification of heart failure, there is a positive correlation between NT-proBNP concentration and left ventricular morphology and negative correlation with left ventricular function.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là hậu quả cuối cùng của các bệnh lý tim mạch. Tại Mỹ, hiện nay ước tính có khoảng 5 triệu người được chẩn đoán suy tim và hàng năm có thêm khoảng 550.000 trường hợp suy tim mới mắc [2]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị suy tim, song tỷ lệ tử vong trong 1 năm và 5 năm vẫn còn khá cao với tỷ lệ tương ứng 30%, 50%. Trong nghiên cứu EVEREST có 46% bệnh nhân suy tim nhập viện vì tình trạng suy tim nặng lên, và trong các nguyên nhân tử vong có 41% là do suy tim, 26% là do đột tử [3].

Từ năm 2002 FDA cho phép sử dụng NT-proBNP để chẩn đoán suy tim và theo dõi diễn tiến suy tim ESC 2016 siêu âm tim là một xét nghiệm thăm dò không thể thiếu để chẩn

*Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 6.4.2022