

journal. 2021;73(1):35-43.
 7. **Tasar O, Karabay AK, et al.** Predictors and outcomes of no-reflow phenomenon in patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous

coronary intervention. Coronary artery disease. 2019;30(4):270-6.

8. **Wang HJ, Rozanski GJ, et al.** Cardiac sympathetic afferent reflex control of cardiac function in normal and chronic heart failure states. The Journal of physiology. 2017; 595(8):2519-34.

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM MẠCH MÁU VÙNG CHẬU CỦA NGƯỜI NHẬN THẬN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Vũ Ngọc Thăng¹, Lê Anh Tuấn², Phạm Quang Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm mạch máu vùng chậu và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến xơ vữa động mạch chậu của người nhận thận từ người cho sống tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 127 bệnh nhân được phẫu thuật ghép thận từ người cho sống từ tháng 12/2019 đến 12/2020. Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu, mô tả cắt ngang, thuần tập không đối chứng. **Kết quả:** Gồm 127 bệnh nhân tuổi từ 18 đến 66, tỷ lệ nam / nữ: 88/39 (69,3%/30,7%). Trên siêu âm Doppler: đường kính trung bình ĐM chậu trong: $6,27 \pm 1,32$ mm; ĐM chậu ngoài: $7,57 \pm 1,15$ mm; ĐM chậu chung: $9,81 \pm 1,70$ mm. Có 14 trường hợp xơ vữa ĐM chậu trước phẫu thuật. Trong phẫu thuật: thành ĐM dày, cứng: ĐMCT 2,36%, ĐMCN: 0,79%; vữa xơ ĐMCT + ĐMCN: 14 ca (11,02%); vữa xơ + dày, cứng thành mạch có 5 ca (3,94%). TM chậu ngoài: có huyết khối 3 trường hợp (2,36%); thành TMCN xơ cứng, teo nhỏ: 1 trường hợp (0,79%). Tỷ lệ xơ vữa động mạch tăng theo tuổi và thời gian chạy thận nhân tạo. **Kết luận:** Trên siêu âm Doppler: đường kính trung bình động mạch chậu trong: $6,27 \pm 1,32$ mm; động mạch chậu ngoài: $7,57 \pm 1,15$ mm, vữa xơ động mạch chậu: 11,02%. Đặc điểm mạch chậu trong phẫu thuật: thành động mạch dày, cứng: 3,15%, có mảng vữa xơ trong lòng mạch: 14,96%. Tĩnh mạch chậu ngoài: có huyết khối: 2,36%, thành tĩnh mạch chậu ngoài xơ cứng, teo nhỏ: 0,79%. Tỷ lệ xơ vữa động mạch tăng theo tuổi và thời gian chạy thận nhân tạo. Đặc điểm mạch chậu của người nhận thận có ảnh hưởng đến kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận.

Từ khóa: ghép thận, đặc điểm mạch chậu, xơ vữa động mạch

SUMMARY

SURVEY ON SOME CHARACTERISTICS OF ILIAC VESSELS OF KIDNEY RECIPIENTS AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: Describe the characteristics of iliac

vessels and study several factors related iliac atherosclerosis of recipients from living donors at 103 Military Hospital. **Patients and method:** Including 127 patients who received kidney transplantation from living donors from December 2019 to December 2020. Methods: prospective, cross-sectional, non-controlled cohort. **Results:** Including 127 patients aged 18 to 66, male/female ratio: 88/39 (69,3%/30,7%). On Doppler ultrasound: mean diameter of the internal iliac artery: $6,27 \pm 1,32$ mm; external iliac artery: $7,57 \pm 1,15$ mm; common iliac artery: $9,81 \pm 1,70$ mm. There were 14 cases of iliac artery atherosclerosis pre-surgery. During surgery: thick and hard artery wall: internal iliac artery 2,36%, external iliac artery: 0,79%; atherosclerotic plaque in internal iliac artery + external iliac artery: 14 cases (11,02%); atherosclerotic plaque + thickening-hardening of the vessel wall: 5 cases (3,94%). External iliac vein: there were thrombosis in 3 cases (2,36%); sclerosis - shrinking: 1 case (0,79%). The rate of atherosclerosis increases with age and duration of hemodialysis. **Conclusion:** On Doppler ultrasound: mean diameter of internal iliac artery: $6,27 \pm 1,32$ mm; external iliac artery: $7,57 \pm 1,15$ mm, iliac artery atherosclerosis: 11,02%. Characteristics of the iliac vessels in surgery: thick and hard arterial wall: 3,15%; atherosclerotic plaque: 14,96%. External iliac vein: thrombosis: 2,36%, sclerosis - shrinkin: 0,79%. The rate of atherosclerosis increases with age and duration of hemodialysis. The characteristics of iliac vessels of kidney recipients affect the vascular suture technique in kidney transplantation.

Keywords: kidney transplantation, characteristics of iliac vessels, atherosclerosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một phương pháp điều trị ưu việt cho các bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối [1]. Chất lượng của thận ghép phụ thuộc trước tiên vào chất lượng của các mạch máu tạng ghép và các miệng nối. Trên lâm sàng, có nhiều biến chứng sớm và muộn sau ghép thận liên quan đến tình trạng miệng nối mạch máu. Nâng cao chất lượng của việc khâu nối mạch máu là ưu tiên của các phẫu thuật viên khi thực hiện những ca ghép tạng. Do vậy, nghiên cứu về đặc điểm mạch máu vùng chậu của người nhận là

¹Bệnh viện Vinmec Hà Nội

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Thăng

Email: bsthangxp@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 26.12.2022

cần thiết để chủ động hơn nữa trong lựa chọn kỹ thuật khâu khâu nối và làm giảm các biến chứng mạch máu.

Mục tiêu của nghiên cứu: *Mô tả một số yếu tố liên quan đến xơ vữa ĐM chậu và một số đặc điểm mạch máu vùng chậu liên quan đến kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận từ người cho sống tại bệnh viện Quân y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 127 bệnh nhân (BN) suy thận mạn tính được phẫu thuật ghép thận từ người cho sống từ 12/2019 đến 12/2020 tại Bệnh viện Quân y 103.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Tiến cứu, mô tả cắt ngang thuần tập, không đối chứng.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đánh giá một số yếu tố liên quan đến xơ vữa ĐM chậu: tuổi, thời gian lọc máu trước ghép.

+ Kích thước ĐM, TM chậu, tình trạng thành ĐM trên siêu âm Doppler trước phẫu thuật và đánh giá trong phẫu thuật.

Tình trạng xơ vữa ĐM theo phân loại của Vũ Công Hòe [2]:

| Mức độ xơ vữa | Tổn thương áo trong ĐM |
|---------------|---|
| Mức I | Chấm nhỏ, dài mỏng vàng nhạt |
| Mức II | Màng xơ trắng hoặc vàng |
| Mức III | Màng xơ có lắng vôi rắn cứng |
| Mức IV | Màng xơ bị loét, chảy máu do huyết khối |

- *Xử lý số liệu:* bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mạch máu vùng chậu người nhận thận

- **Đặc điểm ĐM chậu:**

Bảng 3.1: Đường kính của ĐM chậu trên siêu âm Doppler trước phẫu thuật

| Đường kính | $\bar{X} \pm SD$ (mm) | Nhỏ nhất (mm) | Lớn nhất (mm) |
|---------------|-----------------------|---------------|---------------|
| ĐM chậu trong | 6,27±1,32 | 3,9 | 11,0 |

Bảng 3.3: Liên quan xơ vữa ĐM với tuổi của người nhận thận

| Tuổi | Không có xơ vữa | Có xơ vữa | Tổng |
|-------------|-----------------|-------------|------------|
| ≤20 | 1 (100%) | 0 (0%) | 01 (100%) |
| 21 - 30 | 28 (100%) | 0 (0%) | 28 (100%) |
| 31 - 40 | 50 (89,3%) | 6 (10,7%) | 56 (100%) |
| 41 - 50 | 20 (74,1%) | 7 (25,9%) | 27 (100%) |
| 51 - 60 | 7 (63,6%) | 4 (36,4%) | 11 (100%) |
| ≥ 61 | 2 (50%) | 2 (50%) | 4 (100%) |
| Cộng | 108 (85,04%) | 19 (14,96%) | 127 (100%) |

Nhận xét: Tỷ lệ xơ vữa ĐM gặp chủ yếu từ lứa tuổi 31 đến 50 và tăng theo tuổi.

Bảng 3.4: Liên quan xơ vữa ĐM với thời gian lọc máu trước ghép

| | | | |
|---------------|-----------|-----|------|
| ĐM chậu ngoài | 7,57±1,15 | 5,4 | 11,0 |
| ĐM chậu chung | 9,81±1,70 | 6,3 | 15,0 |

Nhận xét: Đường kính trung bình ĐM chậu trong là 6,27±1,32 mm

Siêu âm Doppler đánh giá xơ vữa ĐM chậu người nhận trước PT:

+ Có 14 (11,02%) trường hợp xơ vữa ĐM chậu, trong đó ĐM chậu chung có 12 trường hợp, 1 trường hợp ĐMCT 2 bên xơ, và 1 trường hợp ĐMCN bên phải.

+ Tất cả các TH đều không có hẹp lòng mạch, dòng chảy mạch máu bình thường

Bảng 3.2: Đặc điểm thành động mạch chậu quan sát được sau phẫu tích

| Động mạch | ĐMCT | Tỷ lệ % | ĐMCN | Tỷ lệ % |
|--------------------------------------|------|---------|------|---------|
| Bất thường | | | | |
| Thành ĐM mềm mại | 106 | 83,46 | 125 | 98,42 |
| Sờ có mảng xơ | 13 | 10,24 | 1 | 0,79 |
| Thành mạch dày, cứng | 3 | 2,36 | 1 | 0,79 |
| Sờ có mảng xơ + dày, cứng thành mạch | 5 | 3,94 | 0 | 0 |
| Tổng | 127 | 100 | 127 | 100 |

Nhận xét: trong phẫu thuật quan sát có 19 trường hợp (14,96%) có xơ vữa thành ĐM chậu (18 trường hợp xơ vữa ĐMCT và 1 trường hợp xơ vữa ĐMCN).

- **Đặc điểm TM chậu:** thông thường tính mạch chậu khó đánh giá qua siêu âm Doppler mạch chậu mà chỉ đánh giá được trong phẫu thuật.

Đặc điểm thành tĩnh mạch chậu ngoài sau khi phẫu tích:

+ Có huyết khối: 3 trường hợp (2,36%)

+ Thành mạch xơ cứng, teo nhỏ: 1 trường hợp (0,79%)

+ Thành TM mềm mại: 123 trường hợp (96,85%)

3.2. Một số yếu tố liên quan đến xơ vữa ĐM chậu. Nghiên cứu trên 127 BN nhận thận, tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 66, trung bình là 38,12 ± 9,8. Trong đó Nam: 88 trường hợp 69,3(%), Nữ: 39 trường hợp 30,7(%).

| Thời gian lọc máu | Không có vữa xơ | Có vữa xơ | Tổng |
|-------------------|-----------------|-------------|------------|
| Chưa lọc máu | 10 (90,9) | 1 (9,1%) | 11 (100%) |
| < 2 năm | 70 (89,7%) | 8 (10,3%) | 78 (100%) |
| 2 - <3 năm | 3 (50%) | 3 (50%) | 6 (100%) |
| ≥ 3 năm | 25 (78,1) | 7 (21,9%) | 32 (100%) |
| Tổng | 108 (85,04%) | 19 (14,96%) | 127 (100%) |

Nhận xét: Thời gian lọc máu trước ghép càng lâu, tỷ lệ vữa xơ ĐM càng cao.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mạch máu vùng chậu người nhận thận liên quan đến kỹ thuật khâu nối mạch máu

- **Động mạch chậu:** Bảng 3.1, trên siêu âm Doppler mạch chậu trước phẫu thuật, đường kính ĐM chậu trong trung bình $6,27 \pm 1,32$ (mm), ĐM chậu ngoài là $7,57 \pm 1,15$ (mm), ĐM chậu chung là $9,81 \pm 1,70$ (mm). Từ kích thước đo được, chúng tôi có thể so sánh với ĐM thận ghép của người hiến dự kiến lấy từ đó sơ bộ tính toán định hướng sử dụng kỹ thuật khâu nối ĐM thận ghép với ĐM chậu người nhận.

Có 14 trường hợp vữa xơ ĐM chậu được phát hiện trên siêu âm Doppler, trong đó ĐM chậu chung có 12 trường hợp, 1 trường hợp ĐMCT 2 bên vữa xơ, và 1 trường hợp ĐMCN bên phải vữa xơ. Trong phẫu thuật (Bảng 3.2), chúng tôi phát hiện có 21/127 trường hợp ĐM chậu trong có bất thường (18 trường hợp có mảng vữa xơ và 3 trường hợp thành mạch dày cứng). Như vậy, tỷ lệ phát hiện mảng vữa xơ trên siêu âm Doppler thường thấp, các trường hợp vữa xơ phát hiện trên siêu âm Doppler, trong phẫu thuật có thể sờ thấy mảng vữa xơ cả trong ĐMCT và ĐMCN. Căn cứ vào bảng phân loại vữa xơ ĐM của Vũ Công Hòa, trong nghiên cứu của chúng tôi các trường hợp vữa xơ ở mức độ I đến mức độ III [2]. Hiện nay, với những trường hợp nghi ngờ có vữa xơ trong lòng mạch trên siêu âm Doppler, chúng tôi khuyến cáo nên chụp cắt lớp vi tính đa dãy để đánh giá mạch máu vùng chậu trước ghép.

Theo tác giả Nakai K và cs (2021), tình trạng xơ vữa ĐM chậu có liên quan đến sự phức tạp trong phẫu thuật và ảnh hưởng làm chậm chức năng thận ghép trên bệnh nhân ghép thận [3]. Như vậy, với những trường hợp vữa xơ ĐMCT nặng để đảm bảo lưu thông tốt mạch máu thận ghép nên nối ĐM thận với ĐM chậu ngoài của người nhận. Các trường hợp khác, mảng vữa xơ kích thước nhỏ, thành mạch mềm mại, cần lấy hết mảng vữa xơ trước khi thực hiện khâu nối [4].

- **Tĩnh mạch chậu:** TM chậu rất khó đánh giá qua siêu âm Doppler mạch chậu trước mổ mà chỉ đánh giá được trong phẫu thuật. Trong

phẫu thuật TM chậu ngoài có 3 trường hợp (2,36%) phát hiện có huyết khối, 1 trường hợp (0,79%) TM chậu ngoài xơ hóa, teo nhỏ. Do vậy, cần lấy huyết khối trước khi thực hiện khâu nối, với TM chậu ngoài xơ hóa, teo nhỏ, không đảm bảo lưu lượng máu trở về do đó nên nối TM thận với TM chậu chung [4], [5].

Van tĩnh mạch tại vị trí khâu nối: những trường hợp bệnh nhân có van tại vị trí khâu nối. Khi thực hiện khâu nối cần cắt lá van TM, và đặc điểm thành tĩnh mạch tại vị trí có van thường rất mỏng, do vậy khi khâu nối cần chú ý đến kỹ thuật khâu nối vì rất dễ rách thành mạch gây chảy máu.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng vữa xơ ĐM. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi dưới 30 không có trường hợp nào bị xơ vữa ĐM (Bảng 3.3). Từ 31- 40 tuổi tỷ lệ xơ vữa 10,7%, từ 51 đến 60 tuổi có 36,4% bị xơ vữa và trên 61 tuổi là 50% bị xơ vữa ĐM. Do vậy, với những bệnh nhân nhận thận tuổi cao, nên khâu nối ĐM thận với ĐMCN vì ĐMCT thành mạch thường dày cứng.

Thời gian lọc máu trước ghép (Bảng 3.4): trong nghiên cứu, thời gian lọc máu càng lâu thì tỷ lệ vữa xơ ĐM càng tăng. Kết quả này tương đồng với đa số các nghiên cứu trong và ngoài nước [1], [6]

Như vậy, tuổi của bệnh nhân nhận thận càng cao, thời gian lọc máu trước ghép càng lâu, tỷ lệ xơ vữa ĐM càng cao. Những trường hợp này trước khi thực hiện nối ĐM thận ghép nên đánh giá cẩn thận ĐMCT nếu ĐMCT dày cứng thành mạch, hẹp hoặc có mảng vữa xơ lớn thì nên khâu nối ĐM thận với ĐMCN miệng nối tận - bên.

V. KẾT LUẬN

Trên siêu âm Doppler: đường kính trung bình ĐMCT: $6,27 \pm 1,32$ mm; ĐMCN: $7,57 \pm 1,15$ mm, vữa xơ động mạch chậu: 11,02%. Đặc điểm mạch chậu trong phẫu thuật: thành động mạch dày, cứng: 3,15%; có mảng vữa xơ trong lòng mạch: 14,96%. Tĩnh mạch chậu ngoài: có huyết khối: 2,36%, thành tĩnh mạch chậu ngoài xơ cứng, teo nhỏ: 0,79%. Tỷ lệ xơ vữa động mạch tăng theo tuổi và thời gian chạy thận nhân tạo. Đặc điểm mạch chậu của người nhận thận có

ảnh hưởng đến kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Hoàng Minh, Trần Thanh Phong, Trần Lê Duy Anh và cs (2021). Biến chứng ngoại khoa sau ghép thận, kinh nghiệm điều trị tại bệnh viện nhân dân 115. Tạp chí Y học Việt Nam, 509: 399-405.
2. Vũ Công Hòa và cộng sự., (1980). Xơ mỡ động mạch. Nội san hội giải phẫu và pháp y, số 1: 3-5.
3. Nakai K, Shutaro Y, Inoue M., et al (2021). Pretransplant dialysis treatment and vascular calcification of the iliac artery and abdominal aorta in kidney transplant patients. Renal Replacement Therapy; 7(30): 1-8.
4. Rodríguez F.O, Boissier R, Budde K., et al., (2018). European Association of Urology Guidelines on Renal Transplantation: Update 2018. European Urology Focus; 4: 208–215
5. Kakaei F, Nikeghbalian S, Ali S (2013). Kidney Transplantation Techniques. Current Issues and Future Direction in Kidney Transplantation, chapter 7: 167-184
6. Lin H.T, Liu F.C, Lin J.R., et al., (2018). Impact of the pretransplant dialysis modality on kidney transplantation outcomes: a nationwide cohort study. BMJ Open; 8: e020558.

CHƯƠNG TRÌNH SÀNG LỌC UNG THƯ PHỔI SỬ DỤNG CHỤP CT LIỀU THẤP TRÊN NHÓM NGƯỜI NGUY CƠ CAO: TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ THỰC TẾ TẠI VIỆT NAM

Trần Văn Dũng¹, Hoàng Thùy Dung¹, Lưu Hồng Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Tổng quan tài liệu trên thế giới và thực tế tại Việt Nam về chương trình sàng lọc ung thư phổi sử dụng phương pháp CT liều thấp trên nhóm đối tượng nguy cơ cao. **Phương pháp tổng quan tài liệu:** Tổng quan hệ thống tài liệu dựa trên hướng dẫn của PRISMA từ các nghiên cứu được công bố trên cơ sở dữ liệu PubMed và EMBASE, và một số trang web có mã nguồn mở. **Kết quả và kết luận:** Từ 13 nghiên cứu về chương trình sàng lọc ung thư phổi sử dụng chụp CT liều thấp được tìm kiếm & lựa chọn thông qua tổng quan hệ thống tài liệu, trong đó tiêu chí lựa chọn người nguy cơ, cỡ mẫu, số lượt sàng lọc được đề cập. Đồng thời, một số kết quả chính (tỷ lệ phát hiện ung thư phổi, tỷ lệ phát hiện sớm) và hạn chế của các chương trình sàng lọc được tổng hợp.

Từ khóa: sàng lọc ung thư phổi, CT liều thấp, tổng quan hệ thống.

SUMMARY

LUNG CANCER SCREENING WITH LOW-DOSE CT IN HIGH-RISK PEOPLE: A SYSTEMATIC REVIEW

Objective: A systematic review was conducted to verify whether screening could reduce lung cancer mortality in high-risk people and to determine the optimal screening program. **Methods:** Searching on PubMed and EMBASE, and relevant databases. **Results:** From 13 studies on lung cancer screening programs using low-dose CT scans were searched and

selected through a systematic review of documents, in which criteria for selecting people at high risk, sample size, and number of screening visits were selected. Some of the key outcomes (lung cancer detection rates, early detection rates) and limitations of screening programs were combined.

Keywords: screening; lung cancer; low-dose CT; systematic review

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong một vài thập kỷ gần đây, ung thư phổi là bệnh ung thư phổ biến nhất và ác tính nhất, để lại hậu quả nặng nề về sức khỏe, kinh tế và xã hội. (1) Theo GLOBOCAN năm 2020, số ca mắc mới ung thư phổi là hơn 2,2 triệu, chiếm 11,4% tổng số ca ung thư, xếp thứ 2 trên toàn thế giới. Tỷ lệ mắc ung thư phổi theo tuổi là 22,4/100.000 người, xếp thứ 3 và tỷ lệ tử vong ung thư phổi theo tuổi là 18/100.000 người đứng hàng đầu trong số 10 bệnh ung thư phổ biến nhất trên toàn cầu. (1) Tại Việt Nam, ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ hai từ năm 2012 đến nay. Theo GLOBOCAN năm 2020, Việt Nam có 26.262 ca mắc ung thư phổi, chiếm 14,4% tổng số ca mắc ung thư và 23.797 trường hợp tử vong do ung thư phổi, chiếm 19,4% tổng số ca tử vong do bệnh ung thư (2). Điều đáng lo ngại hơn là tỷ lệ mắc ung thư phổi vẫn ngày càng tăng và dự báo sẽ tiếp tục tăng trong giai đoạn tới.

Sàng lọc ung thư là biện pháp nhằm phát hiện sớm các loại bệnh ung thư ở giai đoạn đầu khi cơ thể chưa có biểu hiện triệu chứng (3). Có nhiều kỹ thuật sàng lọc phát hiện ung thư phổi, trong đó chụp cắt lớp vi tính (CT) liều thấp được

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Dũng

Email: dungtranvk1011@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 21.12.2022