

khối và kích thước động mạch là yếu tố liên quan đến biến chứng hẹp.

V. KẾT LUẬN

Cần đánh giá tình trạng tổn thương bóc tách nội mạc động mạch gan trước ghép để có phương án tái tạo lưu thông phù hợp. Sử dụng kỹ thuật khâu vắt kiểu thả dù và kính lúp phẫu thuật độ phóng đại 3,5 lần là phương pháp hiệu quả và an toàn trong tái tạo lưu thông động mạch gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Okochiu M, Ueda K, Hirose T (2010). "A modified technique for hepatic artery reconstruction in living donor liver transplantation". *Microsurgery*, 30(7): 541-544.
2. Li PC, Thorat A, Jeng LB, Yang HR (2017). "Hepatic artery reconstruction in living donor liver transplantation using surgical loupes: Achieving low rate of hepatic arterial thrombosis in 741 consecutive recipients-tips and tricks to overcome the poor hepatic arterial flow". *Liver Transpl*, 23(7): 887-898.
3. Yagi T, Shinoura S, Umeda Y (2012). "Surgical rationalization of living donor liver transplantation by abolition of hepatic artery reconstruction under a fixed microscope". *Clinical Transplantation*, 26(6): 877-83.
4. Agarwal S, Dey R, Pandey Y, Verma S, Gupta S (2020). "Managing recipient hepatic artery intimal dissection during living donor liver transplantation". *Liver Transpl*, 26(11): 1422-1429.
5. Lin TS, Chiang YC, et al (2000). "Combined microvascular anastomosis: Experimental and clinical experience". *Ann Plast Surg*, 45: 280-283.
6. Songa S, Kwon CHD, Moon H (2015). "Single-center experience of consecutive 522 cases of hepatic artery anastomosis in living-donor liver transplantation". *Transplantation Proceedings*, 47: 1905-1911.
7. Iida T, Kaido T, Yagi S (2014). "Hepatic arterial complications in adult living donor liver transplant recipients: a single-center experience of 673 cases". *Clin Transplant*, 28: 1025-1030.
8. Azzam AZ, Tanaka K (2012). "Management of vascular complications after living donor liver transplantation". *Hepato-Gastroenterology*, 59: 182-186.

THAY ĐỔI HUYẾT ÁP VÀ NHỊP TIM Ở BỆNH NHÂN SAU GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Tất Đạt¹, Hoàng Văn Sỹ²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Biến chứng tim mạch là biến chứng gặp phổ biến ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. Sau ghép thận, có nhiều báo cáo cho thấy có sự thay đổi theo chiều hướng tích cực những tình trạng tim mạch của bệnh nhân, trong đó có sự thay đổi về huyết áp và nhịp tim. **Mục tiêu:** Mô tả những thay đổi về huyết áp và nhịp tim ở thời trước và sau ghép thận ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả dọc các trường hợp ghép thận từ năm 2014 đến năm 2017 tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Các bệnh nhân được thu thập thông tin nền, các chỉ số lâm sàng về huyết áp, các thuốc điều trị huyết áp và siêu âm tim trước và sau ghép 1 năm. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu, có 296 bệnh nhân suy thận mạn suy đoạn cuối trải qua ghép thận được nhận vào nghiên cứu. Độ tuổi trung bình là 35,1 ± 9,3, nam giới chiếm tỉ lệ 65,2%; thời gian từ lúc bắt đầu lọc máu đến khi ghép thận là 11,3 (1 – 106,1) tháng. Trong thời gian theo dõi 1 năm, huyết áp tâm thu và tâm trương của bệnh nhân

giảm có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước ghép, tần số tim thay đổi không khác biệt có ý nghĩa. Số lượng loại thuốc cần thiết để kiểm soát huyết áp cũng giảm xuống so với trước ghép. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy ghép thận giúp huyết áp của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối giảm có ý nghĩa thống kê. Huyết áp kiểm soát với ít thuốc huyết áp hơn.

Từ khóa: Ghép thận, tăng huyết áp, suy thận mạn giai đoạn cuối, huyết áp tâm thu

SUMMARY

CHANGES IN BLOOD PRESSURE AND HEART RATE IN PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION AT CHO RAY HOSPITAL

Introduction: Cardiovascular complications are common in end-stage renal disease (ESRD) patients. Kidney transplantation has been reported to have a positive impact on cardiovascular outcomes, including blood pressure and heart rate changes. **Objectives:** To describe the changes in blood pressure and heart rate before and after kidney transplantation in ESRD patients. **Materials and methods:** A retrospective descriptive study was conducted on ESRD patients who underwent kidney transplantation between 2014 and 2017 at Cho Ray Hospital. Patient information, clinical parameters including blood pressure, antihypertensive medications, and echocardiography were collected before and after transplantation for one year. **Results:** A total of 296 ESRD patients who underwent kidney transplantation were included in the

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023

study. The mean age was 35.1 ± 9.3 years, and male patients accounted for 65.2% of the study population. The duration of dialysis before transplantation was 11.3 (1-106.1) months. During the one-year follow-up period, there was a significant decrease in systolic and diastolic blood pressure compared to pre-transplant levels, while heart rate remained unchanged. The number of antihypertensive medications needed to control blood pressure also decreased after transplantation. **Conclusion:** Kidney transplantation resulted in a significant decrease in blood pressure in ESRD patients, leading to improved blood pressure control with fewer antihypertensive medications.

Keywords: Kidney transplantation, hypertension, end-stage renal disease, systolic blood pressure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hơn một nửa số ca tử vong ở bệnh nhân có bệnh thận giai đoạn cuối là do nguyên nhân tim mạch, nguy cơ tử vong tương đối lên tới hơn 100 lần ở những bệnh nhân trẻ tuổi sau khi được điều chỉnh theo tuổi. Phần lớn các trường hợp tử vong không phải do nhồi máu cơ tim liên quan tới vỡ mảng xơ vữa động mạch vành mà do suy tim và đột tử do tim [1]. Tương tự với quan sát này, việc điều trị các yếu tố nguy cơ tim mạch truyền thống như tăng huyết áp và tăng cholesterol gần như chưa đạt sự hiệu quả ở nhóm bệnh nhân này. Phì đại thất trái (PĐTT) là đặc điểm cơ bản của bệnh cơ tim do tăng ure huyết, ngoài ra còn có giãn buồng thất cùng với rối loạn chức năng tâm thu và tâm trương. Về mặt mô học, các tế bào cơ tim bị phì đại nghiêm trọng với rối loạn chức năng cơ tim và xơ hóa mô kẽ lan tỏa. Khi chức năng thận suy giảm, các đặc điểm này trở nên rõ hơn và xuất hiện ở 90% những người bệnh cần điều trị thay thế thận. Những thay đổi như vậy có liên quan chặt đến sự xuất hiện của PĐTT và biến cố tim mạch, đặc biệt làm tăng tỷ lệ tử vong ở cả người được ghép thận và người cần chạy thận nhân tạo. Tiêu chuẩn vàng để điều trị ESKD là ghép thận. Sự cải thiện liên quan đến mức lọc cầu thận làm giảm nguy cơ tim mạch hơn so với những người trong danh sách chờ. Tuy nhiên, nguy cơ tim mạch vẫn cao hơn, gấp ba lần ở người được ghép thận so với những người khỏe mạnh ở cùng độ tuổi và giới tính [2].

Tăng huyết áp được xem là yếu tố liên quan chặt chẽ đến tình trạng phì đại thất trái ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận. Sự phục hồi chức năng thận sau ghép thận giúp cải thiện nhiều yếu tố được cho là nguyên nhân gây ra bệnh cơ tim do tăng ure huyết trong đó có huyết áp. Sau ghép thận tình trạng huyết áp bệnh nhân được kiểm soát ổn định, đồng thời các chỉ số khối lượng và thể tích thất trái giảm,

các chức năng tâm trương và tâm thu thất trái cải thiện [3].

Sự thay đổi về huyết áp và nhịp tim ở bệnh nhân sau ghép thận theo chiều hướng tích cực được xem có liên quan với kết cục có lợi về lâu dài trên những bệnh nhân suy thận mạn cuối được ghép thận [2,3]. Dữ liệu về sự biến thiên huyết áp và nhịp tim ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối tại Việt Nam sau ghép thận còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để khảo sát các thay đổi huyết áp và nhịp tim trên bệnh nhân sau ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng. Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu trên hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/01/2014 đến 31/12/2017 và tái khám lại tại phòng khám ghép thận Bệnh viện Chợ Rẫy. Những bệnh nhân được theo dõi ít nhất 12 tháng sau ghép thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Chúng tôi loại trừ những trường hợp tử vong trong vòng 1 năm sau ghép, những trường hợp hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu và những bệnh nhân sau ghép thận được theo dõi ở những trung tâm khác. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Chợ Rẫy với 145/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 22 tháng 02 năm 2021.

Biến số nghiên cứu. Thu thập các thông tin về: tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, tiền căn bệnh lý tăng huyết áp, thời gian từ lúc chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối đến lọc máu, thời gian từ lúc lọc máu đến lúc ghép thận.

Huyết áp tâm thu, tâm trương, nhịp tim được thu thập theo hồ sơ nghiên cứu. Đây là những chỉ số sinh hiệu cơ bản đã được lấy chuẩn hóa theo phác đồ theo dõi bệnh nhân trước và sau ghép thận.

Xử lý số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.2 trên hệ điều hành Window (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP). Các biến liên tục được thể hiện bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu phân bố chuẩn và trung vị - khoảng tứ phân vị nếu phân bố không chuẩn. Biến danh định được trình bày dưới dạng tần suất (phần trăm). Để so sánh sự khác biệt giữa thời điểm trước và 1 năm sau ghép thận sử dụng phép kiểm T bắt cặp hoặc phép kiểm Wilcoxon cho biến định định và phép kiểm McNemar cho

biến danh định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 296 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận với thời gian theo dõi tối thiểu 1 năm thỏa tiêu chuẩn được nhận vào nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trước ghép thận là 35,1 ± 9,3 tuổi. Phần lớn bệnh nhân nam trong nghiên cứu là nam, tỷ lệ nam:nữ = 1,9. Đặc điểm cơ bản của dân số nghiên cứu được thể hiện trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm nền của bệnh nhân nghiên cứu (N = 296)

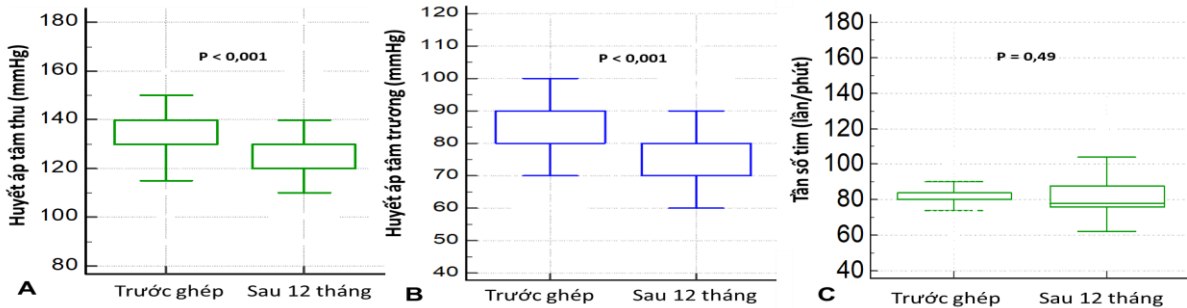
Biến số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi lúc ghép, năm	35,1 ± 9,3	
Giới tính		
Nam	193	65,2
Nữ	103	34,8
BMI, kg/m ²	19,9 ± 2,7	
Phân nhóm BMI		
< 18,5	71	24,5
18,5 – 22,9	171	59,0
23 – 24,9	33	11,4
≥ 25	15	5,2
Thời gian suy thận, tháng	25,2 (3,8 – 168,6)	
Thời gian lọc máu, tháng	11,3	

	(1 – 106,1)	
Phân nhóm thời gian		
< 12	138	46,6
12-24	60	20,3
> 24	68	23
Tiền căn tăng huyết áp	226	76,4
Tiền căn đái tháo đường	12	4,1

Tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp trước ghép thận chiếm tỷ lệ cao với 76,4% dân số nghiên cứu. Theo dõi bệnh nhân 12 tháng sau ghép, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương giảm có ý nghĩa thống ý so thời điểm trước ghép bằng phép kiểm McNemar với giá trị p < 0,001 (Hình 1). Bảng 2 cho thấy tần số tim trước ghép và 12 tháng sau ghép lần lượt là 83,2 ± 7,1 và 82,7 ± 12,1 lần/phút, nhịp tim có xu hướng giảm nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,49.

Bảng 2. Thay đổi huyết áp, nhịp tim trước và sau ghép thận 1 năm

Biến số	Trước ghép	12 tháng sau ghép	p
Huyết áp tâm thu, mmHg	133,4 ± 11,1	123,6 ± 13,4	<0,001
Huyết áp tâm trương, mmHg	84,15 ± 9,1	76,3 ± 9,5	<0,001
Tần số tim, lần/phút	83,3 ± 7,2	82,7 ± 12,1	0,49



Hình 1. Thay đổi huyết áp tâm thu (A), huyết áp tâm trương (B) và tần số tim (C) trước và sau ghép 12 tháng

Bảng 3. Số lượng các loại thuốc điều trị tăng huyết áp trước và sau ghép thận 12 tháng (N = 296)

Số loại thuốc điều trị tăng huyết áp	Trước ghép	12 tháng sau ghép
0 thuốc, n (%)	35 (11,8)	62 (20,9)
1 loại thuốc, n (%)	58 (19,6)	84 (28,4)
2 loại thuốc, n (%)	77 (26,0)	95 (32,1)
3 loại thuốc, n (%)	88 (29,7)	51 (17,2)
4 loại thuốc, n (%)	36 (12,2)	4 (1,4)
5 loại thuốc, n (%)	2 (0,7)	0 (0,0)

Sau 1 năm được ghép thận, nghiên cứu ghi nhận số loại thuốc dùng để hạ áp trung bình một

bệnh nhân sử dụng giảm xuống (Bảng 3). Trong đó, sử dụng 3 loại thuốc hạ áp giảm từ 29,7% xuống còn 17,2%, kể đến số bệnh nhân cần sử dụng 4 loại thuốc hạ áp khác nhau cũng giảm từ 12,2% xuống còn 1,4%. Bảng 4 cho thấy sự thay đổi tỷ lệ phần trăm các nhóm thuốc trước và sau 12 tháng ghép thận. Theo đó, các nhóm thuốc như ức chế men, chẹn thụ thể ARB và chẹn thụ thể beta cho thấy không có sự chênh lệch lớn về tỷ lệ. Trong khi đó, tỷ lệ sử dụng nhóm chẹn Canxi giảm từ 76,4% còn 53%.

Bảng 4. Tỷ lệ phần trăm sử dụng các loại thuốc điều trị tăng huyết áp trước và

sau ghép thận

Loại thuốc huyết áp	Trước ghép	Sau 12 tháng
Chẹn kênh Canxi DHP, n (%)	226 (76,4%)	157 (53%)
Chẹn thụ thể beta, n (%)	152 (51,4%)	127 (42,9%)
Ức chế men chuyển, n (%)	53 (17,9%)	46 (15,5%)
Chẹn thụ thể ARB, n (%)	104 (35,1%)	14 (4,7%)
Dẫn mạch trực tiếp, n (%)	95 (32%)	99 (33,4%)

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã thu thập được 296 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận và còn sống ít nhất 12 tháng sau ghép. Theo kiến thức của chúng tôi, đây là một trong những báo cáo có số lượng bệnh nhân được ghép thận tương đối lớn so với các báo cáo trước đây trong nước cũng như trong khu vực [4,5].

Trong nghiên cứu chúng tôi, độ tuổi trung bình thời điểm trước ghép thận là 35,1 tuổi. Người nhận thận trong độ tuổi từ 20- 50 tuổi theo qui trình là tối ưu để nhận thận ghép, và trong trường hợp tuổi cao hơn 50 thì phải đánh giá điều kiện sức khỏe sát sao nhằm đảm bảo cho phẫu thuật ghép thận, hồi sức sau ghép và các kết quả lâu dài của chăm sóc bệnh nhân ghép thận. Kết quả của tác giả Bùi Đức Phú (2012), nghiên cứu ghép thận tại Bệnh viện Trung ương Huế thì lứa tuổi trung bình là 34. Ghép thận thường chọn BN trẻ tuổi vì đời sống của họ còn dài hơn, là lứa tuổi lao động và cống hiến cho xã hội sau này, tuổi càng trẻ thì ít có bệnh lý khác đi kèm, khả năng ghép thành công cao hơn [4].

Tình trạng giảm quá tải thể tích do chức năng thận ghép có lại sau ghép giúp bệnh nhân có nước tiểu nhiều đã cải thiện tình trạng tăng huyết áp trước ghép. Sau ghép thận, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương giảm xuống có ý nghĩa thống kê, mức độ giảm huyết áp tâm thu và tâm trương tương ứng là: 9,8 mmHg và 7,9 mmHg ($p < 0,001$). Sau ghép thận mức độ huyết áp tâm thu giảm nhiều hơn huyết áp tâm trương do giảm hậu tải thất trái. Trong nghiên cứu của Lê Thanh Liêm và cộng sự (2006), nghiên cứu đánh giá đặc điểm tim mạch trước và sau ghép thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1992 - 2006 tỉ lệ tăng huyết áp trước ghép 88%, sau ghép 20% (huyết áp giảm có ý nghĩa với $p < 0,05$) [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tăng huyết áp nền trước ghép cũng có tỷ lệ cao tương tự với 76,4%. Tương tự kết quả theo nghiên cứu Montanaro (2005), trên 23 bệnh nhân ghép thận với huyết áp tâm thu trước ghép $148 \pm 13,8$ mmHg giảm xuống sau ghép còn $139 \pm 15,3$ mmHg ($p < 0,006$) [7].

Sau ghép thận nhóm thuốc ức chế canxi dihydropyridine là lựa chọn đầu tay do tác dụng bảo vệ thận đặc biệt là trên các bệnh nhân có sử dụng cyclosporine trong nhóm CNI. Các loại ức chế canxi non DHP như verapamil, diltiazem có tương tác với hệ thống cytochrome P-450 được sử dụng với mục đích đạt được nồng độ CNI điều trị [6]. Nhóm ức chế hệ renin-angiotensin bao gồm: nhóm thuốc ức chế men chuyển và ức chế thụ thể AT1 có vai trò trên các bệnh nhân có tiểu đái tháo. Tiểu đái tháo là một yếu tố nguy cơ cho suy chức năng thận ghép về sau, do đó ngoài mục tiêu ổn định huyết áp các nhóm thuốc ức chế men chuyển và chẹn thụ thể AT1 còn vai trò bảo vệ chức năng lâu dài của thận ghép [2].

Mặc dù, huyết áp tâm thu và tâm trương của dân số nghiên cứu giảm sau 12 tháng ghép thận. Điều này cũng thể hiện qua sự giảm số lượng loại thuốc huyết áp được sử dụng để kiểm soát huyết áp. Tuy nhiên sau ghép thận, những bệnh nhân vẫn đòi hỏi sử dụng số lượng thuốc hạ áp nhất định để duy trì ổn định huyết áp, từ đó góp phần bảo vệ thận ghép. Những thay đổi về mặt tim mạch như huyết áp, nhịp tim đặc biệt trên các chỉ số cận lâm sàng liên quan hình ảnh học hoặc chất chỉ điểm viêm có thể chưa hoàn toàn trở về bình thường sau giai đoạn ngắn sau ghép. Bên cạnh đó, trong quá trình theo dõi sau ghép, bệnh nhân cần được sử dụng các loại thuốc chống thải ghép, những thuốc này, cũng có tác dụng phụ gây tăng huyết áp. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi và điều chỉnh khía cạnh nội khoa sau ghép để giúp bảo vệ kết cục về tim mạch nói riêng và sống còn nói chung trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận [8].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có một số hạn chế. Đây là nghiên cứu hồi cứu khó tránh khỏi những yếu tố gây nhiễu thường gặp đối với một nghiên cứu hồi cứu. Chúng tôi chỉ mô tả đơn thuần về chỉ số huyết áp và nhịp tim, không đề cập đến các thay đổi về mặt cận lâm sàng khác.

V. KẾT LUẬN

Kiểm soát huyết áp trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối là thách thức trong thực hành lâm sàng. Theo dõi sau 1 tháng, nghiên

cứu cho thấy huyết áp tâm thu và tâm trương giảm có nghĩa so với trước ghép, nhịp tim không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. Kiểm soát huyết áp trở nên dễ dàng hơn với số lượng viên thuốc cần sử dụng giảm sau ghép thận. Cần nghiên cứu có thời gian theo dõi kéo dài hơn để mô tả đầy đủ những thay đổi huyết áp, nhịp tim ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận, cũng như phân tích những yếu tố tương tác ảnh hưởng đến sự thay đổi huyết áp và nhịp tim của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saran R, Robinson B, Abbott KC, et al.** US Renal Data System 2016 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States [published correction appears in Am J Kidney Dis. 2017 May;69(5):712]. Am J Kidney Dis. 2017;69(3 Suppl 1):A7-A8. doi:10.1053/j.ajkd.2016.12.004
2. **Rangaswami J, Mathew RO, Parasuraman R, et al.** Cardiovascular disease in the kidney transplant recipient: epidemiology, diagnosis and management strategies. Nephrol Dial Transplant. 2019;34(5):760-773. doi:10.1093/ndt/gfz053
3. **Hawwa N, Shrestha K, Hammadah M, Yeo PSD, Fatica R, Tang WHW.** Reverse Remodeling and Prognosis Following Kidney Transplantation in Contemporary Patients With Cardiac Dysfunction. J Am Coll Cardiol. 2015; 66 (16):1779-1787. doi:10.1016/j.jacc.2015.08.023
4. **Bùi Đức Phú và cộng sự.** Tình hình ghép thận trong điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Y dược học Quân sự. tháng 5/2012, Số đặc biệt Chào mừng 20 năm ghép tạng tại Việt Nam 4/6/1992-4/6/2012 2012;Vol 37:110-115. Học viện Quân Y.
5. **Lê Thanh Liêm, Nguyễn Hữu Thịnh.** Diễn tiến tim mạch trước và sau ghép thận qua 90 trường hợp tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1992-2006. Hội nghị thường niên 2006, Hội Niềm – Thận học TP Hồ Chí Minh 9/2006, 2006:8-15.
6. **Trần Ngọc Sinh và cộng sự.** Quy trình theo dõi và điều trị với thuốc ức chế miễn dịch sau ghép. Nhà xuất bản Y học chi nhánh TPHCM. 2010; Kỷ yếu công trình ghép thận Bệnh viện Chợ Rẫy 1992-2010:44-48.
7. **Montanaro D, Gropuzzo M, Tulissi P, et al.** Effects of successful renal transplantation on left ventricular mass. Transplant Proc. 2005;37(6):2485-2487. doi:10.1016/j.transproceed.2005.06.022
8. **Minciunescu A, Genovese L, deFilippi C.** Cardiovascular Alterations and Structural Changes in the Setting of Chronic Kidney Disease: a Review of Cardiorenal Syndrome Type 4. SN Compr Clin Med. 2023;5(1):15. doi:10.1007/s42399-022-01347-2

ĐÁNH GIÁ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHONG BẾ ĐÁM RỐI THẦN KINH ĐƯỜNG LIÊN CƠ BẬC THANG VÀ PHONG BẾ THẦN KINH TRÊN VAI PHỐI HỢP THẦN KINH NÁCH DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM CHO PHẪU THUẬT KHỚP VAI

Nguyễn Thị Thu Yến¹, Lưu Quang Thùy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng không mong muốn trong và sau phẫu thuật của phong bế đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang với phong bế dây thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách bằng ropivacaine 0,25%. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: Tiến cứu có can thiệp, so sánh 60 bệnh nhân được gây tê vùng để phẫu thuật nội soi khớp vai chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: Nhóm 1: 30 bệnh nhân được tiêm 10 ml ropivacaine 0,25% vào thần kinh trên vai và 10 ml ropivacaine 0,25% vào thần kinh nách dưới hướng dẫn của siêu âm trước gây mê. Nhóm 2: 30 bệnh nhân được tiêm 20 ml ropivacaine 0,25% vào

đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang dưới hướng dẫn siêu âm trước gây mê. **Kết quả:** Cảm giác buồn nôn hoặc nôn sau phẫu thuật giảm dần qua các thời điểm nghiên cứu từ T0-T8. Tỷ lệ liệt hoành, khả năng sau phẫu thuật của nhóm phong bế đám rối thần kinh đường liên cơ bậc thang cao hơn nhóm phong bế thần kinh trên vai kết hợp thần kinh nách tương ứng là 33,3% so với 0% và 36,7% so với 0% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Không có bệnh nhân nào ở nhóm phong bế đám rối thần kinh liên cơ bậc thang vẫn động được cánh tay và ngón cái sau tiêm tê, chỉ có 5 bệnh nhân 16,7% có vẫn động được bàn tay, tình trạng tê bì cẳng bàn tay sau phẫu thuật kéo dài. Khả năng hồi phục cảm giác tê bì sau 24 giờ 36,7% sau 36 giờ là 10% và sau 48 giờ thì vẫn còn khoảng 10%. Trong khi nhóm phong bế thần kinh trên vai phối hợp với thần kinh nách vẫn có thể vận động và cảm giác cẳng tay, bàn tay ngón cái bình thường. Bệnh nhân có mức độ hài lòng cao ở cả 2 nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ rất hài lòng ở nhóm 1 là 90% cao hơn ở nhóm 2 là 63,3% ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ liệt hoành và khả năng ở nhóm phong bế chọn lọc

¹Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluuquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023