

ĐÁNH GIÁ TIỀN LƯỢNG NGUY CƠ TỬ VONG Ở TRẺ SINH NON VỚI THANG ĐIỂM CRIB-II VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ LÂM SÀNG

Phạm Lê An¹, Nguyễn Thị Kim Nhi², Phùng Nguyễn Thế Nguyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá việc áp dụng thang điểm CRIB- II (Clinical Risk Index for Babies Version II) kết hợp các yếu tố nguy cơ lâm sàng để tiên đoán nguy cơ tử vong của sơ sinh non tháng CNLS ≤ 1500 gr tại khoa HSSS Bệnh viện Nhi đồng II. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc đến xuất viện hay tử vong các trẻ sơ sinh non tháng có CNLS ≤ 1500 gr 0 - 28 ngày tuổi nhập vào khoa HSSS Bệnh viện Nhi đồng II trong khoảng thời gian 11/2016 - 10/2018. Các yếu tố lâm sàng, thang điểm CRIB- II được khảo sát tại thời điểm nhập HSSS. Xác định năng lực hay khả năng phân cách của các biến số định lượng giữa trẻ sơ sinh sống và tử vong dùng diện tích dưới đường cong ROC (AUC). **Kết quả:** Có 195 trẻ có CNLS ≤ 1500 gr thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 38,5%. Các yếu tố liên quan đến tử vong từ phân tích đơn biến bao gồm trẻ có phù cứng bì lúc nhập HSSS (OR 7,04, KTC 95% [1,45 - 34,14], $p=0,015$), sốc trong 12 giờ đầu nhập HSSS (OR 4,36, KTC 95% [2,07 - 9,21], $p<0,001$), CRIB-II $\geq 8,5$ (OR 6,73, KTC 95% [3,40 - 13,34], $p=0,001$). Phân tích hồi qui logistic đa biến cho thấy trẻ có phù cứng bì lúc nhập HSSS, sốc trong 12 giờ đầu nhập HSSS và CRIB-II $\geq 8,5$ đều có liên quan đến tử vong. Độ nhạy và độ đặc hiệu trong tiên lượng tử vong của CRIB- II lần lượt là 72,3% và 72,1% với diện tích dưới đường cong ROC 0,753, $p<0,001$. **Kết luận:** Trẻ có phù cứng bì lúc nhập HSSS, sốc trong 12 giờ đầu nhập HSSS, CRIB-II $\geq 8,5$ có giá trị tiên lượng tử vong ở trẻ sinh non có CNLS ≤ 1500 gr. Thang điểm CRIB-II có giá trị tiên lượng nguy cơ tử vong cho trẻ sinh non có CNLS ≤ 1500 gr. **Từ khóa:** Hồi sức sơ sinh, sinh non, CRIB-II, tử vong

SUMMARY

EVALUATION OF CLINICAL RISK INDEX FOR BABIES VERSION II AND ADDITIONAL FACTORS TO PREDICT IN-HOSPITAL MORTALITY IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

Background: To assess the efficiency of the CRIB II score as a tool to predict the risk for neonatal mortality among the LBW ≤ 1500 gr babies admitted to the neonatal intensive care unit (NICU) at the Children Hospital 2, HCM city Vietnam. **Methods:** Prospective cohort study design where neonates admitted during

the first 24 hours to the NICU of the Children Hospital 2, from November 2016 to October 2018 were included. On admission, clinical factors, and variables of CRIB II score were done. Subjects were followed up from admission till discharge or death. Determine the capacity or discriminant khi of quantitative variables between live births and deaths using the area under the ROC curve (AUC). **Results:** A total of 195 premature infants hospitalized in NICU were included meeting the criteria. The mortality rate was 38.5%. Univariable analysis shows that scleroderma at admission (OR 7.04, 95% CI [1.45 - 34.14], $p=0.015$), shock within 12 hours of admission (OR 4.36; 95% CI [2.07 - 9.21], $p<0.001$), CRIB-II ≥ 8.5 (OR 6.73, 95% CI [3.40 - 13.34], $p=0.001$) were the risk factors of in-hospital death. Multivariate logistic regression shows that scleroderma at admission, shock within 12 hours of admission, and CRIB-II $\geq 8,5$ increased the significant risk of in-hospital death independently. The sensitive and specificity predictive mortality of CRIB- II $\geq 8,5$ were 72.3% and 72.1%. The area under the curve (AUC) of CRIB- II was 0.753, $p<0.001$. **Conclusion:** Scleroderma at admission, shock within 12 hours of admission, and CRIB-II ≥ 8.5 were the significant risks of in-hospital death in premature infants with birth weight ≤ 1500 g. CRIB II score is a valid tool of initial risk assessment in LBW. **Keywords:** NICU, premature infants, CRIB-II, mortality

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoảng gần 2 thập kỷ nay, nhờ các tiến bộ trong ngành sản khoa Sản khoa và Nhi khoa tử đó ngày càng nhiều trẻ sinh non rất nhẹ cân được ra đời và làm tăng tỷ lệ sống sót còn ở các nước thu nhập trung bình thấp như Việt nam. Đặc thù Hồi sức sơ sinh (HSSS) ở Việt nam chưa có các trung tâm hồi sức sơ sinh phù rộng nên việc chuyển viện sơ sinh từ tuyến dưới lên tuyến trên vẫn còn phổ biến cho đến nay dù đã tăng số trung tâm HSSS. Từ đặc thù đó, Phạm Lê An (2004) đã kết hợp các yếu tố nguy cơ lâm sàng và dùng thang điểm Clinical Risk Index for Baby (CRIB) để đánh giá tiên lượng nguy cơ tử vong cho 58 trẻ sinh non nhẹ cân có thể áp dụng cho các tuyến khác nhau trong hệ thống y tế Việt nam[1]. Việc cải thiện khả năng sống sót của trẻ non tháng nhẹ cân được nhận vào khoa HSSS phụ thuộc vào khả năng hồi sức và kinh nghiệm điều trị của bác sĩ lâm sàng. Tiên lượng nguy cơ tử vong cho trẻ sơ sinh non tháng dựa vào các yếu tố lâm sàng như tuổi thai, cân nặng lúc sinh không còn phù hợp. Hiện nay, các nhà lâm sàng ngày càng quan tâm đến các biến số

¹Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Lê An

Email: anpham_vn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

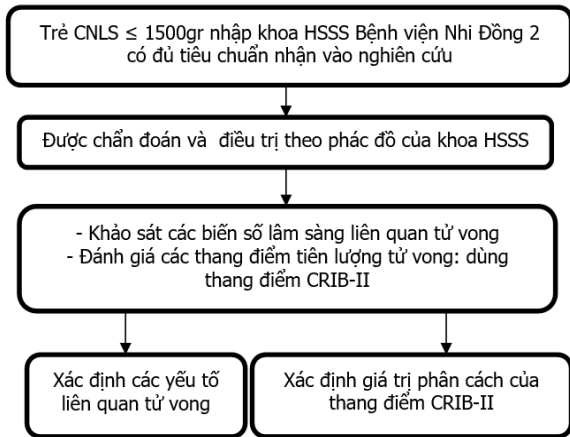
về thay đổi sinh lý xảy ra sau 24 giờ đầu sau sinh hay khi mới nhập viện để tiên lượng sớm nguy cơ tử vong từ đó góp phần giảm tỷ lệ tử vong cho trẻ sinh non [6]. Với cách tiếp cận này, việc áp dụng các công cụ tiên lượng nguy cơ tử vong cùng các yếu tố lâm sàng khác là phù hợp nhằm để đo lường xác thực về nguy cơ tử vong ban đầu và mức độ nghiêm trọng của bệnh trong vòng 24 giờ đầu sau khi nhập viện. Nghiên cứu này nhằm xác nhận và hiệu chỉnh điểm số CRIB II cùng các yếu tố lâm sàng trong dự đoán nguy cơ tử vong sơ sinh ở trẻ sơ sinh non tháng tại đơn vị chăm sóc đặc biệt dành cho trẻ sơ sinh (NICU) của bệnh viện Nhi đồng 2 TP HCM trong bối cảnh mới. Mục tiêu nghiên cứu:

- Xác định các yếu tố liên quan đến tử vong ở sơ sinh non tháng có CNLS ≤ 1500gr tại khoa HSSS.

- Xác định điểm cắt tiên lượng tử vong của các thang điểm CRIB-II tại thời điểm nhập khoa HSSS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc các trẻ sơ sinh non tháng có CNLS ≤ 1500gr 0- 28 ngày tuổi nhập vào khoa HSSS Bệnh viện Nhi đồng II trong khoảng thời gian 11/2016 -10/2018. Trẻ được thu thập số liệu theo bệnh án mẫu sau khi vào khoa HSSS và được theo dõi kết quả điều trị sống hay tử vong cho đến khi xuất viện. Loại trừ các trẻ tử vong hay chuyển khoa trong 24 giờ sau khi nhập khoa HSSS, trẻ có tuổi hiệu chỉnh lúc nhập khoa HSSS ≥ 1 tuần tuổi, các trẻ đa dị tật không phù hợp cuộc sống, các trẻ xin chuyển về tuyến dưới.



Sơ đồ 1. Tóm tắt các bước tiến hành nghiên cứu
Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Dùng phép kiểm Chi bình phương (có hiệu chỉnh theo Exact's Fisher) để so sánh các tỷ lệ. Kiểm định sự khác biệt giữa hai biến định lượng

có phân phối bình thường bằng phép kiểm T test, giữa hai biến định lượng không có phân phối bình thường bằng phép kiểm Mann Whitney. Xác định khả năng phân cách của các biến số định lượng giữa trẻ sơ sinh sống và tử vong bằng đường cong ROC và diện tích dưới đường cong ROC (AUC).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu. Có 229 trẻ sơ sinh non tháng nhẹ cân được đưa vào sàng lọc (SSNTNC). Sau khi loại trừ 34 trẻ không đủ tiêu chuẩn, còn lại 195 trẻ SSNTNC thỏa tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Trong nghiên cứu có 75 trường hợp tử vong, chiếm tỷ lệ 38,5%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Đặc điểm		CNLS ≤1500gr (n=195)
Giới (n,%)	nam	109 (55,9)
	nữ	86 (44,1)
Cách sinh (n,%)	thường	138 (70,8)
	mổ	57 (29,2)
Tuổi thai (tuần)	24 – 34	28,7 ± 2,0
Tuổi lúc nhập khoa HSSS* (giờ)	2 - 132	12 (7- 58,5)
CNLS (gr)	500–1500	1132,8±236,1
Điểm số Apgar (n,%)	≥ 7	126 (64,6%)
	< 7	69 (35,4%)
Điều trị tuyến trước khi nhập HSSS		
Có đặt nội khí quản (n,%)		53 (27,2)
Có dùng vận mạch (n,%)		06 (3,1)
Có hồi sức tại phòng sinh (n,%)		20 (10,2)
Có thở CPAP (n,%)		96 (49,2)
Có thở oxy (n,%)		42 (21,5)
Có ngưng tim trước nhập viện (n,%)		03 (3,1)
Có dự phòng corticoid trước sinh (n,%)		17 (8,7)
Có sử dụng surfactant (n,%)		14 (7,2)

(*) biến được trình bày dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị, Q1 – Q3)

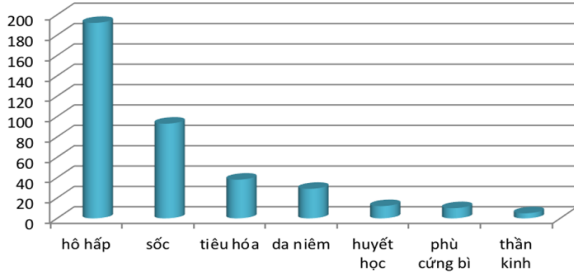
Nhận xét: Trẻ nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ. Tại tuyến trước, tỷ lệ trẻ được thở NCPAP, sử dụng corticoid trước sinh và được dùng surfactant thấp.

Bảng 2. Trung bình điểm số của các thang điểm CRIB-II

Đặc điểm	CNLS ≤ 1500gr (n= 195)
CRIB-II	8,2 ± 2,9

(*) Biến được trình bày dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị, Q1 – Q3)

Biểu hiện lâm sàng trong 12 giờ đầu nhập khoa HSSS



Biểu đồ 1: Các biểu hiện lâm sàng trong 12 giờ đầu nhập khoa HSSS

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng trong 12 giờ đầu nhập khoa HSSS chủ yếu là biểu hiện suy hô hấp; kể đến là sốc, các biểu hiện tiêu hóa, da niêm. Phù cứng bì là triệu chứng ít gặp.

3.2. Các yếu tố liên quan đến tử vong

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến tử vong

Đặc điểm		Sống (n=120)	Tử vong (n=75)	OR	P
Điểm Apgar 5 phút (n,%)	≥ 7	83 (65,9)	43 (34,1)	1,66 (0,91 – 3,04)	0,094
	< 7	37 (53,6)	32 (46,4)		
Dùng corticoid trước sinh (n,%)	Không	108 (60,7)	70 (39,3)	0,64 (0,21 – 1,90)	0,422
	Có	12 (70,6)	05 (29,4)		
Phù cứng bì lúc nhập HSSS (n,%)	Không	118 (63,8)	67 (36,2)	7,04 (1,45 – 34,14)	0,015
	Có	02 (20)	08 (80)		
Sốc trong 12 giờ đầu nhập HSSS (n,%)	Không	107 (68,6)	49 (31,4)	4,36 (2,07 – 9,21)	<0,001
	Có	13 (33,3)	26 (66,7)		

Nhận xét: Trẻ có sốc trong 12 giờ nhập khoa HSSS, phù cứng bì lúc nhập khoa HSSS làm tăng nguy cơ tử vong ở nhóm trẻ có CNLS ≤ 1500gr có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Phân bố điểm số CRIB – II với kết cuộc quan tâm

Thang điểm	Sống (n= 120)	Tử vong (n = 75)	p
CRIB- II	7,2 ± 2,6	9,8 ± 2,8	<0,001

Nhận xét: Trung bình điểm số của thang điểm CRIB-II ở nhóm bệnh nhân tử vong đều cao hơn so với nhóm bệnh nhân sống có ý nghĩa thống kê (p <0,001).

3.3. Giá trị tiên lượng tử vong thang điểm CRIB-II

Bảng 5. Giá trị tiên lượng tử vong thang điểm CRIB-II

Đặc điểm	Tử vong	Sống	OR	P
CRIB- II (,%)	≥ 8,5	47 (72,3)	6,73 (3,40 – 13,34)	<0,001
	< 8,5	18 (27,7)		

Nhận xét: Điểm cắt CRIB-II lúc nhập khoa HSSS là 8,5 có giá trị tiên đoán tử vong với độ nhạy 72,3% và độ đặc hiệu 72,1%. Bệnh nhân có điểm CRIB-II lúc nhập khoa HSSS ≥ 8,5 làm tăng nguy cơ tử vong 6,73 lần, p <0,001.

Bảng 6. Diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm CRIB-II

Thang điểm	Diện tích dưới đường cong ROC	Điểm cắt	p	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
CRIB- II	0,753	8,5	<0,001	72,3	72,1

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC của CRIB-II(T₀) tại thời điểm 24 giờ nhập khoa HSSS có giá trị 0,753 với giá trị điểm cắt 8,5.

Như vậy có 2 yếu tố lâm sàng là phù cứng bì, sốc trong 12 giờ nhập khoa HSSS và thang điểm CRIB-II(T₀) có giá trị tiên đoán kết cuộc tử vong SSNTNC.

Bảng 7. Các yếu tố có giá trị tiên lượng tử vong độc lập

Các yếu tố	OR 95% KTC	aOR 95% KTC	p
Phù cứng bì lúc nhập HSSS	7,04 (1,45 – 34,14)	33,01 (3,56 – 35,71)	0,002
Sốc trong 12 giờ nhập HSSS	4,36 (2,07 – 9,21)	3,58 (1,44 – 8,87)	0,006
CRIB-II ≥ 8,5	6,73 (3,40 – 13,34)	7,54 (3,52 – 16,14)	0,000

Nhận xét: Phân tích hồi qui logistic đa biến cho thấy cả 3 yếu tố phù cứng bì lúc nhập HSSS, sốc trong 12 giờ nhập HSSS và CRIB-II ≥ 8,5 đều có liên quan đến tử vong một cách độc lập.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ tử vong SSNTNC trong nghiên cứu 38,5% khá cao so với tỷ lệ tử vong hiện tại của khoa HSSS (dao động khoảng 6- 9%) và các nghiên cứu khác [4] do mẫu chỉ bao gồm những trẻ sơ sinh có CNLS \leq 1500gr vốn có nguy cơ tử vong cao và loại trừ các trường hợp trẻ có tuổi hiệu chỉnh lúc nhập khoa HSSS \geq 1 tuần tuổi, các trẻ đa dị tật không phù hợp cuộc sống, các trẻ xin chuyển về tuyến dưới.

Trong nghiên cứu có tỷ lệ khá cao các trẻ (21,5%) chỉ được hỗ trợ hô hấp bằng oxy thay vì phải được thở NCPAP tại các BV tuyến trước cũng như trên đường chuyển viện, đây là điều cần khắc phục thông qua quy trình chuyển viện an toàn, cũng như tăng cường các trung tâm HSSS khu vực. Việc sử dụng corticoid trước sinh cho các bà mẹ có trẻ sinh non trước 34 tuần để dự phòng hay hạn chế mức độ nặng của hội chứng suy hô hấp ở trẻ sinh non rất thấp. Đây là những vấn đề hạn chế trong chăm sóc tiền sản và điều trị ban đầu cho trẻ sinh non cần phải cải thiện và cần thực hiện tốt hơn qua công tác huấn luyện tại các BV tuyến trước.

Qua các yếu tố lâm sàng liên quan đến tử vong trong nghiên cứu, đặc biệt phù cứng bì vẫn còn là yếu tố tiên lượng tử vong. Điều này tương tự nghiên cứu Phạm Lê An (2006) đã ghi nhận triệu chứng phù cứng bì làm tăng nguy cơ tử vong trên 172 trẻ sơ sinh (OR 5,50 KTC 95% (1,29 – 23,45), $p= 0,02$) [1] và Lê Thái Thiên Trinh (2010) trên 404 trẻ sơ sinh tại BV Đa khoa An Giang phù cứng bì là yếu tố lâm sàng độc lập làm tăng nguy cơ tử vong OR 15,8, KTC 95% (1,7 – 146,7), $p= 0,01$ [2]. Dấu hiệu phù cứng bì có liên quan đến tử vong cũng phản ánh lên năng lực điều trị bệnh lý sơ sinh của các tuyến của hệ thống y tế Việt Nam còn hạn chế bởi vì trên thế giới hiện nay triệu chứng phù cứng bì không còn xuất hiện trong các bệnh lý ở trẻ sơ sinh đặc biệt nhiễm khuẩn huyết[1],[3]. Điều này có liên quan đến công tác phòng chống nhiễm khuẩn vốn là điểm yếu cần khắc phục. Ngoài ra, tình trạng sốc trong 12 giờ đầu nhập khoa HSSS cũng làm tăng nguy cơ tử vong ở trẻ SSNTNC. Tương tự, trong nghiên cứu của Phạm Lê An cho thấy trẻ sơ sinh điều trị tại khoa Hồi sức có tình trạng sốc cần phối hợp 2 loại thuốc vận mạch trở lên làm tăng nguy cơ tử vong đáng kể OR 6,03 KTC 95% (1,42- 25,54), $p= 0,015$ [1].

Kết quả nghiên cứu cho thấy thang điểm CRIB-II có diện tích dưới đường cong ROC có giá trị phân cách sống- tử vong tốt. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Mohkam M và công

sự, tác giả áp dụng các thang điểm CRIB, CRIB II, SNAP, SNAP- II, SNAPPE cũng nhận thấy thang điểm CRIB-II có giá trị tiên đoán sống- tử vong tốt nhất ở nhóm trẻ sinh non rất nhẹ cân [5]. Ngoài ra kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Ramirez-Huerta A. C [7] và Sotodate G [8] trong tiên lượng nguy cơ tử vong cho trẻ sinh non.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thang điểm CRIB-II có giá trị diện tích dưới đường cong ROC cũng như độ nhạy hay độ đặc hiệu tương đối cao hơn nghiên cứu của Christoph Bührer tại Thụy Sĩ [3], nghiên cứu của Masoumeh Mohkam tại Iran [5]. Tuy nhiên, thang điểm CRIB-II nghiên cứu của chúng tôi cũng có giá trị phân cách thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của L Gagliardi tại Ý [4]... Điểm khác biệt này có thể do ảnh hưởng của các biến chứng muộn (nhiễm khuẩn huyết sơ sinh muộn, viêm ruột hoại tử, xuất huyết não) trong quá trình điều trị các trẻ sinh non có CNLS \leq 1500gr trong nghiên cứu, các biến chứng này có ảnh hưởng đến kết cục điều trị chứ không đơn thuần là tình trạng nặng của trẻ lúc mới nhập khoa.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố tiên lượng tử vong của SSNTNC một cách độc lập gồm 02 yếu tố lâm sàng bao gồm trẻ có sốc trong 12 giờ nhập khoa HSSS, phù cứng bì lúc nhập khoa HSSS cùng với thang điểm CRIB-II trong 24 giờ nhập khoa HSSS. CRIB II có giá trị điểm cắt là 8,5 có độ nhạy 72,3%, độ đặc hiệu 72,1% và diện tích dưới đường cong ROC 0,753 trong tiên lượng tử vong SSNTNC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Lê An** (2004), Đánh giá tiên lượng tử vong ở trẻ em tại Khoa Hồi sức, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh
2. **Lê Thái Thiên Trinh** (2010), "Các yếu tố nguy cơ gây tử vong trẻ sơ sinh tại Khoa Nhi Bệnh viện An Giang", Tạp chí Nhi khoa Việt Nam, tập 03, số 3&4, tháng 10, 2010
3. **Bührer C, Metze B** (2008), "CRIB, CRIB-II, birth weight or gestational age to assess mortality risk in very low birth weight infants?", Acta Paediatrica ISSN 0803-5253
4. **Gagliardi L, Cavazza A, Brunelli A et al.** (2004), "Assessing mortality risk in very low birthweight infants: a comparison of CRIB, CRIB-II, and SNAPPE-II", Arch Dis Child Fetal Neonatal, 89, pp. 419-422
5. **Mohkam M, Afjei A, Payandeh P et al.** (2011), "A comparison of CRIB, CRIB II, SNAP, SNAP- II and SNAPPE scores for prediction of mortality in critically ill neonates", Medical Journal of the Islamic Republic of Iran: 24, No. 4, pp. 193-199

6. Parry G, Tucker J (2003), "CRIB II: an update of the clinical risk index for babies core", Lancet; 361, pp. 1789-1791
7. Ramirez- Huerta A. C, Grober- Paez F (2015), "Clinical Risk Index for Babies II and weight for predict mortality in preterm infants less than 32 weeks treated with surfactant", Gac Med Mex 2015; 151: pp. 179- 83
8. Sotodate G, Oyama K, Matsumoto A (2020), "Predictive ability of neonatal illness severity scores for early death in extremely premature infants", The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1731794>

CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ RÒ ĐỘNG - TĨNH MẠCH THẬN LƯU LƯỢNG LỚN

Lê Thanh Dũng^{1,2,3}, Lê Quý Thiện², Thân Văn Sỹ¹, Đào Xuân Hải¹

TÓM TẮT

Rò động tĩnh mạch thận (RAVF) là một dị dạng mạch hiếm gặp với tỷ lệ xuất hiện <0,04% trong dân số. RAVF có thể do mắc phải hoặc bẩm sinh. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp bệnh nhân nữ 73 tuổi và 43 tuổi có thông động tĩnh mạch thận lưu lượng lớn được phát hiện tình cờ qua siêu âm. Các bệnh nhân này sau đó được điều trị bít luồng thông động - tĩnh mạch thận bằng can thiệp nội mạch và với kết quả tốt. Can thiệp nội mạch là phương pháp an toàn, hiệu quả, ít xâm lấn trong điều trị RAVF.

Từ khóa: Rò động - tĩnh mạch thận, can thiệp nội mạch, coil

SUMMARY

ENDOVASCULAR TREATMENT OF HIGH-FLOW RENAL ARTERIOVENOUS FISTULA

Renal arteriovenous fistula (RAVF) is a rare vascular disorder with a prevalence <0.04% in the population. RAVF can be either acquired or congenital. We report two cases of 73-year-old and 43-year-old female patients with high-flow RAVF discovered incidentally by ultrasound. These patients were subsequently treated with endovascular embolization with good results. Endovascular intervention is a safe, effective, minimally invasive method in the treatment of RAVF.

Keywords: Arterial - venous fistula, endovascular intervention, coil

I. GIỚI THIỆU

Rò động tĩnh mạch thận (RAVF) là một bệnh hiếm gặp với tỷ lệ xuất hiện <0,04% trong dân số. Biểu hiện lâm sàng tùy thuộc vào lưu lượng và thời gian mắc, có thể thay đổi từ không có triệu chứng cho tới các trường hợp có tiểu máu,

tăng huyết áp, suy tim sung huyết.¹ Chụp mạch máu số hóa xóa nền (DSA) giúp chẩn đoán xác định và tiến hành điều trị, siêu âm Doppler màu nên là phương pháp tiếp cận đầu tiên và chụp cắt lớp mạch máu đa dãy có tiêm thuốc hỗ trợ lập kế hoạch điều trị.² Chúng tôi trình bày hai trường hợp RAVF bẩm sinh lớn ở hai phụ nữ 73 tuổi và 43 tuổi, được phát hiện tình cờ. RAVF đã được điều trị bằng nút tắc thành công luồng thông bằng cuộn dây kim loại (coil) và dù, không có biến chứng nào xảy ra. Sau can thiệp, bệnh nhân đã hết hoàn toàn các triệu chứng và bảo tồn được thận.

II. CASE LÂM SÀNG

2.1. Bệnh nhân 1: Bệnh nhân nữ, 73 tuổi, không có tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường, đau vùng thắt lưng phải cách 1 tháng, không có biểu hiện đái máu. Bệnh nhân không có tiền sử chấn thương, sinh thiết hoặc phẫu thuật bụng. Bệnh nhân phát hiện ổ dị dạng thông động - tĩnh mạch thận kích thước 40x30mm (Hình 1). Chức năng thận trong giới hạn bình thường. Cắt lớp vi tính 64 dãy ổ bụng có tiêm thuốc ở thì động mạch khẳng định ổ dị dạng thông động - tĩnh mạch thận kích thước 31x40x34mm, có vôi hóa bên trong khối, kèm hình ảnh giãn lớn ngoằn ngoèo động mạch thận phải cấp máu cho khối (đường kính 10mm, đường kính vị trí thông đo được 11mm). Bệnh nhân sau đó được chỉ định can thiệp nội mạch nhằm bít tắc luồng thông.

Động mạch chủ chậu của bệnh nhân rất ngoằn ngoèo, đường vào can thiệp qua động mạch cánh tay trái được sử dụng. Động mạch thận phải được chọn lọc bằng ống thông 8Fr. Chụp kiểm tra thấy hình ảnh thông động tĩnh mạch thận vị trí cực trên thận phải có ĐM nuôi giãn to, ngoằn ngoèo; luồng thông lớn, tĩnh mạch dẫn lưu giãn thành nhiều túi phình lớn (hình). Đoạn động mạch tổn thương được nút tắc bằng thả 5 Rubi coil (2x 14/60cm và 3 x

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023