

bệnh tăng huyết áp trên 5 năm có nguy cơ lo âu thấp hơn so với nhóm người mắc bệnh dưới 5 năm. Tương tự như vậy, những người bệnh có thời gian điều trị bệnh tăng huyết áp trên 5 năm cũng ít lo âu hơn người bệnh điều trị trên 5 năm. Kết quả này không phù hợp với kết quả nghiên cứu của Qianling Zhuang và cộng sự trên 504 người trưởng thành sống ở Trung Quốc từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 12 năm 2018 cho thấy những người bị tăng huyết áp có thời gian mắc bệnh dài hơn có nguy cơ bị lo âu cao hơn ($p < 0,05$)⁸. Chúng tôi cũng không tìm thấy có mối liên quan giữa lo âu với mức độ bệnh, số lần nhập viện trong một năm vì tăng huyết áp, số loại thuốc điều trị, tuân thủ điều trị, số lượng tổn thương cơ quan đích của bệnh tăng huyết áp. Có lẽ cần có thêm nhiều nghiên cứu hơn về những vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy lo âu là phổ biến ở người bệnh tăng huyết áp. Lo âu có liên quan đến một số đặc điểm lâm sàng và xã hội học của người bệnh như độ tuổi, giới tính, thời gian phát hiện bệnh, thời gian điều trị bệnh và kết quả điều trị bệnh tăng huyết áp. Nghiên cứu cũng chỉ ra không có mối liên quan giữa lo âu với nơi sinh sống, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, mức độ bệnh, số lần nhập viện trong một năm vì tăng huyết áp, số loại thuốc điều trị, việc tuân thủ điều trị, số lượng tổn thương cơ quan đích của bệnh tăng huyết áp. Từ đó, nhà lâm sàng có phương pháp phát hiện sớm, giải pháp phòng ngừa và kiểm soát lo âu ở những người bệnh tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J.** Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* (London, England). Jan 15-21 2005; 365 (9455): 217-23. doi:10.1016/s0140-6736 (05)17741-1
2. **Turana Y, Tenglawan J, Chia YC, et al.** Mental health problems and hypertension in the elderly: Review from the HOPE Asia Network. *J Clin Hypertens* (Greenwich). Mar 2021;23(3):504-512. doi:10.1111/jch.14121
3. **Hamer M, Batty GD, Stamatakis E, Kivimaki M.** The combined influence of hypertension and common mental disorder on all-cause and cardiovascular disease mortality. *J Hypertens*. Dec 2010;28(12):2401-6. doi:10.1097/HJH.0b013e32833e9d7c
4. **Pogosova N, Boytsov S, De Bacquer D, et al.** Factors Associated with Anxiety and Depressive Symptoms in 2775 Patients with Arterial Hypertension and Coronary Heart Disease: Results from the COMETA Multicenter Study. *Global heart*. 2021;16(1):73. doi:10.5334/gh.1017
5. **Cheung BM, Au T, Chan S, et al.** The relationship between hypertension and anxiety or depression in Hong Kong Chinese. *Exp Clin Cardiol*. Spring 2005;10(1):21-24.
6. **Hamrah MS, Hamrah MH, Ishii H, et al.** Anxiety and Depression among Hypertensive Outpatients in Afghanistan: A Cross-Sectional Study in Andkhoy City. *International journal of hypertension*. 2018; 2018:8560835. doi:10.1155/2018/8560835
7. **Taneja N, Adhikary M, Chandramouleswaan S, Kapoor SKJH.** Prevalence of common mental disorders among patients with diabetes mellitus and hypertension in an urban east delhi slum—a cross sectional study. 2015;44:43-46.
8. **Zhuang Q, Wu L, Ting W, Jie L, Zou J, Du J.** Negative emotions in community-dwelling adults with prediabetes and hypertension. *J Int Med Res*. Apr 2020;48(4):300060520918411. doi:10.1177/0300060520918411

BẢO VỆ THẬN VÀ CHỨC NĂNG THẬN Ở BỆNH NHÂN GHEP ĐỒNG THỜI TIM THẬN

Lê Nguyên Vũ^{1,2}, Phùng Duy Hồng Sơn³

TÓM TẮT

Ghép tim thận đồng thời là lựa chọn tối ưu cho bệnh nhân có hội chứng tim thận giai đoạn cuối.

¹Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

²Trường đại học Y dược- Đại học quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Vũ

Email: nguyenvu.urologie@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2023

Ngày duyệt bài: 20.9.2023

Chúng tôi thông báo ca lâm sàng ghép tim thận đồng thời thành công đầu tiên tại Việt Nam. Bệnh nhân nam 37 tuổi, bị suy thận mạn tính do bệnh thận IgA, đang chạy thận chu kỳ, suy tim giai đoạn cuối do bệnh cơ tim giãn, chức năng tâm thu thất trái nhỏ hơn 30%. Bệnh nhân được ghép tim và thận đồng thời từ người cho đa tạng chết não ngày 15/02/2023 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Sau mổ diễn biến thuận lợi và ra viện sau 4 tuần. Chức năng tim và thận ghép tại thời điểm ra viện bình thường. **Từ khóa:** Ghép tim thận đồng thời, bảo quản thận

SUMMARY

KIDNEY PRESERVATION AND KIDNEY FUNCTION

OF THE FIRST SIMULTANEOUS KIDNEY AND HEART TRANSPLANT IN VIỆT NAM

Simultaneous kidney and heart transplant is an optimum treatment for end stage cardiorenal syndrome. We report a first successful simultaneous kidney and heart transplant in Vietnam. A 37-year-old male patient had chronic renal failure due to IgA nephropathy, dependent on dialysis and end-stage heart failure due to dilated cardiomyopathy with left ventricular systolic function less than 30%. The patient underwent a simultaneous heart and kidney transplant from a brain-dead multi-organ donor on February 15, 2023 at Viet Duc University Hospital. He had quick recovery and was discharged after 4 weeks after. The function of heart and kidney grafts at the time of discharge were normal.

Keywords: Simultaneous kidney and heart transplant, Kidney preservation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép tim là phương pháp điều trị tốt nhất dứt điểm cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối. Ở những bệnh nhân suy tim tiến triển thường có hội chứng tim thận, hoặc độc lập với bệnh thận tiến triển, hoặc kết hợp cả hai. Ghép tim-thận kết hợp lần đầu được mô tả vào năm 1978 bởi Norman và cộng sự đã trở thành một kỹ thuật điều trị được công nhận cho đồng thời tim giai đoạn cuối và mất chức năng thận¹. Kỹ thuật ghép tim và ghép thận đã thuận thực tại Bệnh viện Việt Đức, bên cạnh đó thì tổ chức lấy, ghép đa tạng diễn ra từ năm 2001 đến nay cho kết quả tốt. Tuy vậy ghép đa tạng ở Việt nam chưa nhiều, chỉ có ghép đồng thời gan thận, thận tụy. Khác với quy trình ghép thường qui có đủ thời gian để chuẩn bị kỹ càng thì ghép thận tim cũng lần đầu tiên thực hiện tại Việt Nam. Đây là ca ghép đa tạng, kỹ thuật chưa phổ biến ở Việt Nam, chưa có kinh nghiệm với nhiều rủi ro. Kết quả ngay sau ghép tim nếu không tốt sẽ ảnh hưởng nặng đến chức năng thận ghép^{1,2}. Do đó, phải duy trì chức năng tim ghép tốt thì mới ghép thận được. Đồng thời chuẩn bị 1 bệnh nhân chờ ghép thận đơn thuần, để sử dụng thận hiến nếu không ghép đa tạng được. Mục tiêu của báo cáo là trình bày về bảo vệ thận và chức năng quả thận ghép khi tiến hành ghép tim đồng thời

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân (BN) nhận tạng là BN nam 37 tuổi, nhóm máu A -Rh (+), cao 168cm nặng 68kg; độc thân. Cách 11 năm BN có 1 cơn đau ngực trái dữ dội, không lan được khám tại Bv đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh không phát hiện bất thường. Cách 7 năm, BN đi khám vì nước tiểu bọt, không tiểu buốt đắt, không tiểu máu, không sốt, không đau ngực, được chẩn

đoán: bệnh cầu thận IgA, suy thận, suy tim, bệnh nhân điều trị không thường xuyên. Năm 2018 BN tự điều trị suy thận bằng thuốc nam, sau 1 tháng xuất hiện cơn nhịp nhanh, khó thở, được nhập viện và lọc máu cấp cứu tại BV Trung ương Huế với chẩn đoán: Suy thận GĐ cuối - suy tim, có chỉ định ghép tim – thận nhưng chưa có điều kiện. Bn đã được điều trị nhiều đợt suy tim, chức năng tim không cải thiện, chạy thận nhân tạo chu kì 3 lần/tuần trong 5 năm nay. BN tiểu được khoảng 200ml/ 24 giờ. BN đến Bv Hữu nghị Việt Đức điều trị và làm bilan, đăng ký xét ghép tim – thận tháng 7/2022. Trong quá trình điều trị chờ ghép Bn có nhiều đợt điều trị cơn nhịp nhanh tại Bv trung ương Huế và Bv Gia Lai, không đáp ứng nội khoa, đã được sốc điện, có chỉ định đặt máy chống rung trong. Siêu âm tim trước ghép cho kết quả van hai lá hở nhiều type I, diện tích dòng hở 10cm², đường kính thất trái tâm trương 78 mm, giảm vận động vách liên thất, vô động vùng mỏm thất trái, chức năng tâm thu thất trái giảm EF 25%. Kết quả chụp động mạch vành trước ghép: Không có bất thường hệ động mạch vành. Chức năng thận trước ghép: Ure/ Creatinin 19/1176 µmol/l, Mức lọc cầu thận (MLCT) 7,08 ml/phút/m².

Người hiến: Bn nữ 29 tuổi, nhóm máu A - Rh (+), chiều cao 165cm, nặng 55kg; Ngày 9/2 BN bị tai nạn giao thông đã vào Bv Nhiệt Đới Trung ương cơ sở 2 cắt lách cầm máu, truyền máu, sau đó chuyển Bv Hữu nghị Việt Đức với chẩn đoán: Đa chấn thương; chấn thương sọ não nặng: xuất huyết dưới nhện lan tỏa, phù não, thiếu máu não hai bán cầu, thiếu máu thân não nặng; sau mổ chấn thương bụng kín, vỡ lách đã cắt lách cầm máu, chấn thương thận trái độ III, huyết khối TM cửa bên phải. Hồi sức điều trị không hiệu quả, ngày 14/02 bệnh nhân được chẩn đoán chết não, gia đình đồng ý hiến tạng. Các xét nghiệm hòa hợp nhóm máu và miễn dịch trước ghép: Cả hai Bn nhận tạng và hiến tạng có nhóm máu ARh(+). Phản ứng tiền miễn cảm (Crossmatch) âm tính, người nhận không có kháng thể kháng HLA và hòa hợp miễn dịch HLA là 1/6 (DRB*12). Diễn biến ca ghép tim thận: Ngày 15/02/2023 ca ghép đa tạng tim thận đồng thời được tiến hành tại Bv Hữu nghị Việt Đức. Bn hiến tạng có chấn thương gan và thận trái nên chỉ có thể lấy được tim và thận phải, giác mạc và gân. Do có mở bụng cắt lách sau tai nạn, để đảm bảo vô khuẩn kíp lấy thận tiến hành lấy thận qua đường bên, sau phúc mạc với tư thế Bn hiến tạng nằm nghiêng 90^o sang trái. Sau khi kết thúc lấy thận, thận hiến được đưa ra rửa và bảo

quản, Bn hiến tạng được chuyển sang tư thế nằm ngửa và lấy tim qua đường mở giữa xương ức. Song song với quá trình lấy tạng, tại phòng mổ trung tâm Tim mạch và Lồng ngực Bn nhận tạng được chuẩn bị các bước cho ghép như đặt đường chuyển tĩnh mạch trung tâm, đặt đo huyết áp xâm lấn, đường đo huyết động xâm lấn Picco và tiến hành gây mê khi có tin báo về tình trạng tim người hiến tốt. Người nhận được chuẩn bị, sát trùng và rải toan để có thể ghép thận sau khi ghép tim mà không cần chuẩn bị lại. Ca ghép tim được tiến hành như quy trình thường quy theo kỹ thuật 2 tĩnh mạch chủ. Thời gian thiếu máu 100 phút. Sau ghép huyết động được duy trì với ba thuốc vận mạch, kíp ghép tim tiến hành đóng ngực và vết mổ. Thời gian ghép tim 05 giờ. Kíp ghép thận tiến hành ghép thận người hiến vào hố chậu phải, sau khi tái tưới máu thận ghép bài xuất nước tiểu ngay. Thời gian thiếu máu thận 360 phút. Thời gian ghép thận là 3 giờ. Tổng thời gian ghép 08 giờ. Diễn biến sau ghép: Bn nhận tạng được chuyển về khu hồi sức sau ghép tim, thở máy, huyết động chưa ổn định với vận mạch liều cao, tiểu được 200 – 300ml/giờ. Diễn biến trong đêm mạch loạn nhịp, xuất hiện ngoại tâm thu thất rời chuyển nhanh thất phải ép tim hỗ trợ và chống rung chủ động 1 lần sau đó đặt máy tạo nhịp tạm thời dẫn nhịp kiểm soát. Hậu phẫu ngày thứ 1-2: Bn tiếp tục được hồi sức huyết động dựa theo hệ thống PICCO và siêu âm tim tại giường, huyết động cải thiện hơn, giảm

được thuốc vận mạch. Bn được rút nội khí quản vào ngày thứ 2 sau mổ. Từ ngày thứ 3: Siêu âm Doppler hệ mạch thận bình thường, huyết động tạm ổn tuy nhiên thuốc vận mạch Noradrenalin liều còn cao, Bn có xu hướng tiểu ít hơn. Bn được chỉ định lọc máu liên tục chủ động, mode CVVHDF để cải thiện chức năng thận, giảm tải cho thận ghép và rút dịch điều chỉnh huyết động. Sau lọc máu liên tục 3 ngày lâm sàng và huyết động ổn định, Bn tỉnh táo, tự thở tốt, hạ được liều thuốc trợ tim vận mạch. Hậu phẫu ngày thứ 8: Bn tỉnh, toàn trạng đang tốt lên, thở tốt, ngừng được thuốc vận mạch, bụng mềm, gan không to, nước tiểu ra tốt: 3000 - 5000 ml/24h (không thuốc lợi tiểu và đã ngưng lọc máu), Ure 38 mmol/l, Creatinin 386 μ mol/l. Siêu âm tim: chức năng tâm thu thất trái (EF 65%), thất phải bình thường, các van tim không hẹp hở. Bn có thể ngồi dậy, đi lại, ăn uống và tập phục hồi chức năng. BN được ra viện sau ghép 4 tuần với chức năng tim và thận (140 μ mol/l) về bình thường.

III. BÀN LUẬN

Hội chứng tim thận (cardiorenal syndrome) - bao gồm một loạt các rối loạn liên quan đến cả tim và thận, trong đó rối loạn chức năng cấp tính hoặc mãn tính ở một cơ quan có thể gây ra rối loạn chức năng cấp tính hoặc mãn tính ở cơ quan kia³. Hội nghị đồng thuận của sáng kiến chất lượng lọc máu cấp tính phân loại hội chứng tim thận thành các phân loại như bảng 1.

Bảng 1: Phân loại hội chứng tim thận³

Phân loại	Danh pháp	Mô tả	Các ví dụ lâm sàng
1	HC tim thận cấp	Suy tim gây suy thận cấp	Shock tim
2	HC tim thận mạn	Suy tim mạn gây suy thận mạn	Suy tim mạn
3	HC thận tim cấp	Suy thận cấp gây suy tim cấp	Suy tim trong bối cảnh suy thận cấp do quá tải thể tích, tăng viêm và rối loạn chuyển hóa trong tăng urê huyết
4	HC thận tim mạn	Suy thận mạn gây suy tim mạn	Phi đại thất và suy tim từ bệnh cơ cơ tim do suy thận mạn
5	HC tim thận thứ cấp	Bệnh hệ thống gây suy tim, suy thận	Amyloidosis, nhiễm trùng huyết, xơ gan

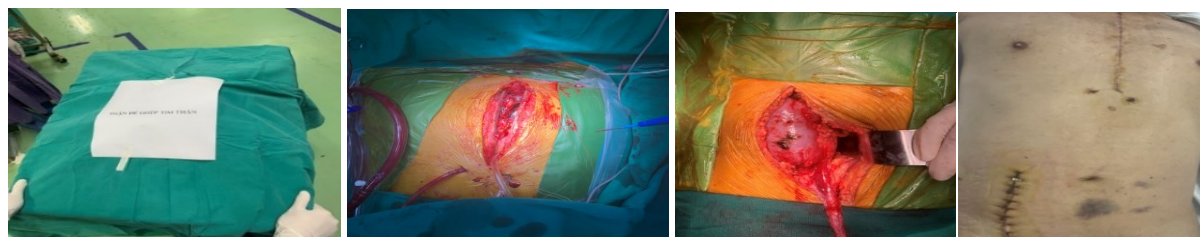
BN nhận tạng thuộc nhóm 4 của hội chứng tim thận, khi suy thận mạn gây suy tim mạn. Tại thời điểm ghép bệnh nhân đang được lọc máu chu kỳ, các kết quả siêu âm tim cho thấy bệnh nhân bị bệnh cơ tim giãn (giãn hình cầu thất trái, giảm độ dày thành tim, giãn 4 buồng tim và giảm phân suất tổng máu dưới 30%).

Bảo quản các cơ quan nói chung và bảo quản thận ghép nói riêng, phương pháp thông dụng nhất là phương pháp làm lạnh. Phương pháp này được phát triển đầu tiên bởi Collins G. vào năm 1969, sau khi tạng lấy ra khỏi cơ thể

người cho đã rửa sạch, được bảo quản lạnh trong thùng đựng nước đá ở nhiệt độ 4°C²⁶. St Peter S.D và Cs (2002)⁴ khi nghiên cứu bảo quản thận và gan bằng phương pháp truyền rửa, tác giả cho rằng nguyên lý cơ bản và quan trọng của phương pháp bảo quản lạnh là làm chậm các quá trình tiêu thụ nguồn năng lượng Adenosin triphosphat (ATP) của tế bào tạng ghép đến mức thấp nhất. Đồng thời, nó cũng làm giảm sự tổn thương tế bào đến mức thấp nhất sau khi nguồn dự trữ ATP bị cạn kiệt. Tác giả đã chỉ ra rằng, khi nhiệt độ bảo quản tạng ghép giảm 10°C thì

chuyển hóa của tế bào giảm từ 1,5 - 2 lần so với mức bình thường nhưng ở nhiệt độ 1°C, tế bào vẫn có sự hoạt động. Trong trường hợp của chúng tôi, để dự phòng những rối loạn chức năng tim, huyết áp ngay sau ghép tim sẽ ảnh hưởng đến khả năng bài tiết của thận nếu đưa vào ghép, với khoảng thời gian ước lượng từ 6-8 tiếng để hoàn thành ca ghép tim hoàn toàn đến khi đóng ngực thì thận sẽ phải bảo quản tương ứng 8- 9 tiếng, chúng tôi đã tiến hành bảo quản

tạng dạng đặt vào túi nilon giữ nguyên trong chậu đá. Thận nếu bảo quản bằng máy có thể được đến 24h, nếu bảo quản lạnh thông thường thì có thể đến 12h⁵. Thực tế trước khi đưa vào ghép thì chúng tôi đã tiến hành rửa thận bằng dung dịch custodiol thêm 1 lần nữa, sử dụng hết túi 1 lít để rửa tạng, đồng thời cấy dịch xem có nấm hoặc vi khuẩn trong dịch bảo quản. Kết quả các dịch đều âm tính.



A. Thận bảo quản

B. Mổ ghép tim trước

C. Mổ ghép thận ngay sau đóng xương ức

D. Đường mổ

Chức năng thận sau ghép tim thận đồng thời: Ghép thận ngay sau ghép tim có những khó khăn do huyết động của Bn sau ghép tim có thể chưa ổn định, thường cần dung vận mạch và có thể là cả hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể⁶. Chúng tôi cũng tính tới khả năng này và đã chuẩn bị một người nhận thận dự phòng, trong trường hợp sau ghép tim nếu người nhận có huyết động không ổn định sẽ không ghép thận ngay mà ghép thì hai sau khi tim ghép ổn định, lúc này quả thận sẽ được ghép cho bệnh nhân khác. Tuy nhiên nếu ghép được cả tim thận của cùng một người hiến và cùng một cuộc gây mê thì về mặt miễn dịch, hồi sức và các kết quả lâu dài được báo cáo là tốt hơn so với ghép tim đơn thuần cho nhóm bệnh này và ghép thận thì hai^{7,8}. BN của chúng tôi sau ghép tim, huyết động ổn định cho phép ghép thận và thì ghép thận được thực hiện ngay sau khi ghép tim, chức năng thận ghép hoạt động khá tốt, chỉ cần hỗ trợ lọc máu một lần sau ghép. Các kết quả ghép tim thận trên thế giới: Một nghiên cứu trên 62917 Bn ghép tim tại Mỹ² từ năm 1987 đến năm 2019, trong đó 61410 ca ghép tim đơn thuần và 1507 ca ghép tim thận cho thấy thời gian sống trung bình sau ghép của BN ghép tim thận (12,4 năm) và bệnh nhân ghép tim đơn thuần (11,3 năm, $P < 0,01$) là tương đương, tuy nhiên trên BN ghép tim có suy thận mạn, thận chu kỳ thì kết quả sống còn sau ghép tim thận là tốt hơn đáng kể so với ghép tim đơn thuần (12,4 so với 9,9 năm, $P < 0,01$). Các BN trước ghép tim có MLCT < 45 nếu được ghép tim thận cho kết quả tốt hơn hẳn chỉ ghép tim đơn thuần (12.4 so với 10 năm; $P <$

0.0001). Các nghiên cứu khác trên thế giới cho kết quả tương tự, khẳng định ghép tim thận cho kết quả tốt hơn so với chỉ ghép tim đơn thuần ở BN nhận có suy thận^{3,5,9}.

IV. KẾT LUẬN

Qua ca ghép tim thận cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối và suy thận mạn thận nhân tạo chu kỳ chứng minh ghép tim thận là khả thi trong điều kiện Việt Nam, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Consensus conference on heart-kidney transplantation - PubMed.** Accessed March 4, 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33527725/>
2. **Cardiac Outcomes in Isolated Heart and Simultaneous Kidney and Heart Transplants in the United States - Kidney International Reports.** Accessed March 4, 2023. [https://www.kireports.org/article/S2468-0249\(21\)01292-4/fulltext](https://www.kireports.org/article/S2468-0249(21)01292-4/fulltext)
3. **Cardiorenal Syndrome: Classification, Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment Strategies: A Scientific Statement From the American Heart Association | Circulation.** Accessed March 5, 2023. <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000664>.
4. **Southard J.H., Belzer F.O. Organ preservation.** Annual review of medicine. 1995; 46(1): 235-247.
5. **Morris P. J.** (2001), Kidney transplantation principles and practice, Elsevier, London, 113- 130.
6. **Shaw BI, Sudan DL, Boulware LE, McElroy LM.** Striking a Balance in Simultaneous Heart Kidney Transplant: Optimizing Outcomes for All Wait-Listed Patients. Journal of the American Society of Nephrology. 2020;31(8):1661. doi:10.1681/ASN.2020030336.

7. **Awad MA, Czer LSC, Emerson D, et al.** Combined Heart and Kidney Transplantation: Clinical Experience in 100 Consecutive Patients. *Journal of the American Heart Association.* 2019;8(4):e010570. doi:10.1161/JAHA.118.010570
8. **Melvinsdottir I, Foley DP, Hess T, et al.** Heart and kidney transplant: should they be combined or subsequent? *ESC Heart Fail.* 2020;7(5):2734-2743. doi:10.1002/ehf2.12864
9. **Ahsan SA, El Nihum LI, Arunachalam P, Manian N, Al Abri Q, Guha A.** Current considerations for heart-kidney transplantation. *Frontiers in Transplantation.* 2022;1. Accessed March 4, 2023. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/frtra.2022.1022780>
10. **Schaffer JM, Chiu P, Singh SK, Oyer PE, Reitz BA, Mallidi HR.** Heart and Combined Heart-Kidney Transplantation in Patients With Concomitant Renal Insufficiency and End-Stage Heart Failure. *American Journal of Transplantation.* 2014;14(2):384-396. doi:10.1111/ajt.12522

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO DO TẮC ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG TRONG 30 NGÀY ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Chu Bá Chung^{1,2}, Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Hà Hữu Quý¹, Nguyễn Mạnh Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và kết cục của bệnh nhân nhồi máu não do tắc động mạch cảnh trong trong 30 ngày đầu tại bệnh viện Bạch Mai năm 2023. **Đối tượng nghiên cứu:** 37 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não có tắc động mạch cảnh trong cùng bên nhập trung tâm Thần Kinh Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 1 - 2023 đến tháng 8 - 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt bệnh. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $66.6 \pm 10,3$, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 86 tuổi và trẻ nhất là 42 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 3,6/1. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp là 70,3%; rối loạn lipid máu chiếm 59,5%; có 3 bệnh nhân mắc các bệnh lý tim mạch khác; tỷ lệ bệnh nhân mắc đái tháo đường là 18,9%. Điểm Glasgow trung bình lúc nhập viện là $13,8 \pm 1,5$ điểm. Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là $16,2 \pm 8,4$ điểm. Điểm mRS trung bình tại thời điểm 30 ngày là $3,8 \pm 1,6$. Có 6 bệnh nhân tử vong và chiếm tỷ lệ 16,2%. **Kết luận:** Nhồi máu não do tắc động mạch cảnh trong là bệnh hiếm gặp, biểu hiện triệu chứng lâm sàng đa dạng từ nhẹ, vừa, nặng tới rất nặng. Kết cục lâm sàng của bệnh nhân sau 30 ngày là xấu, với tỷ lệ tử vong cao.

Từ khóa: nhồi máu não do tắc động mạch cảnh trong, kết cục lâm sàng sau 30 ngày, mRS.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND OUTCOME OF CEREBRAL INFARCTION WITH CAROTID OCCLUSION PATIENTS IN THE FIRST 30

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược ĐHQG Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Bá Chung

Email: chubachungtk@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 19.9.2023

DAYS AT BACH MAI HOSPITAL IN 2023

Objective: To describe the clinical features and outcome of cerebral infarction with carotid occlusion patients in the first 30 days at Bach Mai hospital in 2023. **Subjects and methods:** Descriptive case series of 37 ischemic stroke patients with ipsilateral carotid artery occlusion, hospitalized at the Neurology Department in Bach Mai Hospital from Jan 2023 to Aug 2023. **Results:** The mean age in our series was 66.6 ± 10.3 ; the oldest was 86 years old, and the youngest was 42 years old. The male/female ratio was 3.6/1. The hypertension rate was 70.3%; the hyperlipidemia rate was 59.5%; there were three patients with other cardiovascular diseases; the diabetes rate was 18.9%. The mean baseline Glasgow Coma Scale score was 13.8 ± 1.5 points. The mean baseline NIHSS score was 16.2 ± 8.4 points. The mean Modified Rankin Scale after 30 days was 3.8 ± 1.6 . The mortality rate was 16.2%. **Conclusion:** Cerebral infarction with carotid occlusion is a rare disease with various clinical symptoms from mild, moderate, severe to very severe. The poor 30-day outcome with the mortality rate was high.

Keywords: cerebral infarction with carotid occlusion, 30-day outcome, mRS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não là một bệnh phổ biến nhất của đột quy.¹ Tại Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 795000 người bị đột quy, trong đó 87% là nhồi máu não (690000 người).¹ Theo thống kê cứ mỗi 40 giây lại có một người ở Hoa Kỳ bị đột quy. Khoảng 3,5 phút lại có một người tử vong vì đột quy.¹ Hơn nữa, so với xuất huyết não thì đột quy nhồi máu não là bệnh có nhiều khả năng được can thiệp điều trị hơn và đạt được nhiều kết quả khả quan.

Tắc động mạch cảnh trong có triệu chứng là một thể đặc biệt trong các nguyên nhân gây nhồi máu não. Bệnh cảnh lâm sàng của tắc động