

vú là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không thể thiếu để đánh giá không những tổ thương ở vú mà còn là phương thức hình ảnh không xâm lấn được sử dụng phổ biến nhất để đánh giá tình trạng hạch vùng. Kết hợp với thăm khám lâm sàng và chọc hút hạch nách bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm đã tạo thành bộ công cụ khảo sát tình trạng di căn hạch nách trước mổ, giúp cho việc thực hiện kỹ thuật sinh thiết hạch gác cửa đạt hiệu quả cao nhất trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm.

Qua nghiên cứu của chúng tôi trên 105 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn còn mổ được cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ di căn hạch nách cũng như số hạch nách di căn trung bình giữa 2 nhóm đối tượng có kết quả siêu âm hạch nách bình thường và nhóm có kết quả hạch nách nghi ngờ. Nghiên cứu cũng gợi ý trước khi thực hiện sinh thiết hạch gác cửa, nên chọc tế bào khi siêu âm phát hiện hạch nách trong điều trị phẫu thuật ung thư vú giai đoạn sớm.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cuamani-Mitznahuatl G, Rocha-González HI, Flores-Balcázar CH, et al.** Effectiveness of ultrasound in the detection of axillary metastasis in patients with breast cancer without clinical evidence of axillary disease: Clinical impact. *Rev Senol Patol Mamar.* 2021; 34(3):140-147. doi:10.1016/j.senol.2020.07.007.
2. **García Fernández A, Fraile M, Giménez N, et al.** Use of Axillary Ultrasound, Ultrasound-Fine

- Needle Aspiration Biopsy and Magnetic Resonance Imaging in the Preoperative Triage of Breast Cancer Patients Considered for Sentinel Node Biopsy. *Ultrasound in Medicine & Biology.* 2011; 37(1):16-22. doi:10.1016/j.ultrasmedbio.2010.10.011.
3. **Al-Hilli Z, Wilkerson A.** Breast Surgery: Management of Postoperative Complications Following Operations for Breast Cancer. *Surgical Clinics of North America.* 2021; 101(5):845-863. doi:10.1016/j.suc.2021.06.014.
4. **Deurloo EE, Tanis PJ, Gilhuijs KGA, et al.** Reduction in the number of sentinel lymph node procedures by preoperative ultrasonography of the axilla in breast cancer. *European Journal of Cancer.* 2003; 39(8):1068-1073. doi:10.1016/S0959-8049(02)00748-7.
5. **Lê HQ, Đào MT.** đánh giá tình trạng di căn hạch nách và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I – IIIA tại bệnh viện K. *VMJ.* 2022; 512(2). doi:10.51298/vmj.v51i2.2273.
6. **Huỳnh QK, Phan VHH, Nguyễn VK.** Đánh giá di căn hạch nách trong ung thư vú giai đoạn I-II (ct1-3N0M0) tại đơn vị tuyến vú Bệnh viện Chợ Rẫy. *VMJ.* 2022; 513(2). doi:10.51298/vmj.v51i2.2493.
7. **Nguyễn Đỗ Thùy Giang, Nguyễn Chân Hùng, Trần Văn Thiệp và cs** (2008). Khảo sát tỉ lệ di căn hạch nách trong ung thư vú giai đoạn I-II. *Tạp chí Y Học TP.HCM, tập 12, phụ bản 4, chuyên đề ung bướu học, tr.282-290.*
8. **Huỳnh Thị Đỗ Quyên và CS** (2014) Giá trị tiên đoán dương các đặc điểm hình ảnh siêu âm hạch nách trên bệnh nhân ung thư vú. *Y Học TP. Hồ Chí Minh Tập 18 Phụ bản của Số 1 2014.*
9. **Whitman GJ, Lu TJ, Adejolu M, Krishnamurthy S, Sheppard D.** Lymph Node Sonography. *Ultrasound Clinics.* 2011; 6(3):369-380. doi:10.1016/j.cult.2011.05.005

## SUY CẦU NỔI ĐỘNG – TĨNH MẠCH DỪNG CHẠY THẬN CHU KỲ SỰ PHỨC TẠP VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ

Nguyễn Đỗ Nhân<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Tân<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân biến chứng suy cầu nổi động-tĩnh mạch dưng chạy thận chu kỳ; Kết quả xử trí ngoại khoa. **Đối tượng, phương pháp:** hồi cứu mô tả loạt ca suy cầu nổi được phẫu thuật tại bệnh viện Thống Nhất, từ 01/2018 đến 01/2023. **Kết quả:** 46 bệnh nhân, tỉ lệ nam nữ 1,19/1. Trước phẫu thuật: suy cầu nổi nguyên phát (11), thứ phát (35). Thời gian phẫu thuật trung bình 98,8 + 45 phút. Kết quả tốt ra viện (31), sau 12 tháng (24). Biến chứng: bỏ cầu nổi tạo

mới (2), tử vong do suy thận cấp (1), tắc cầu nổi (06), hẹp miệng nối (05), lưu lượng cao (02), chảy máu (05), nhiễm trùng (06). **Kết luận:** suy cầu nổi thứ phát chiếm đa số. Biến chứng và kết quả phẫu thuật phụ thuộc nhiều yếu tố: vị trí, mạch và miệng nối, theo dõi và phát hiện tắc cầu nổi sớm sau phẫu thuật. Kết quả sau phẫu thuật tốt. Tỉ lệ biến chứng tương tự nghiên cứu khác.

**Từ khoá:** phẫu thuật mạch máu, suy cầu nổi

#### SUMMARY

#### FAILURE OF ARTERIOVENOUS SHUNTING FOR HAEMODIALYSIS – COMPLICATIONS AND SURGERY RESULTS

**Objectives:** Clinical, laboratory characteristics of patients with complications of arteriovenous bridge failure using dialysis; Results of surgical management.

**Methodology:** Retrospective, descriptive study on Cases of bridge failure were operated at Thong Nhat

<sup>1</sup>Bệnh viện Thống Nhất – TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đỗ Nhân

Email: bsnguyendonhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

hospital, from 01/2018 to 01/2023. **Results:** 46 patients, male/female ratio 25/21. Before surgery: primary bridging failure (11), secondary failure (35). The average operation time was 98.8 + 45 minutes. Good results (31) discharged, (24) after 12 months. Post-operative complications: severe injury, canceling the shunt, creating a new one at another location (2), death due to acute kidney complications (1), obstruction (06), anastomosis (05), high flow (02), wound bleeding (05), wound infection (06). **Conclusion:** Secondary failure predominates. Complications and surgical results depend on factors: location, pulse and anastomosis, monitoring and early detection of occlusion after surgery. postoperative result was good. The complication rate was similar to other studies.

**Keywords:** Vascular surgery, shunt failure

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh thận mạn gia tăng hàng năm trên khắp thế giới [3], [4], [5] v.v.... Năm 2018, ước tính có 278 triệu bệnh nhân thì theo cập nhật mới nhất 2022, con số này là hơn 800 triệu. Mặc dù hiện nay các phương pháp điều trị đều được hoàn thiện và phát triển, cầu nối động – tĩnh mạch tự thân vẫn là phương pháp thay thế thận hiệu quả nhất do chi phí thấp, dùng lâu.

Cầu nối động – tĩnh mạch gặp nhiều biến chứng [1], [3], [5], [6], nhất là suy cầu nối (nguyên phát, thứ phát). Tại một số bệnh viện như Thống Nhất, Chợ Rẫy, Bạch Mai, Việt Đức v.v... ghi nhận suy cầu nối ngày càng tăng. Trong nỗ lực duy trì chất lượng cầu nối động – tĩnh mạch, chúng tôi thực hiện:

1. *Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng biến chứng suy cầu nối động-tĩnh mạch.*
2. *Kết quả xử trí ngoại khoa.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các trường hợp suy cầu nối được phẫu thuật tại bệnh viện Thống Nhất, từ 01/2021 đến 01/2023.

**Tiêu chuẩn chọn:** cầu tự thân, bị suy, được phẫu thuật xử trí. Tiêu chuẩn loại trừ: không đồng ý phẫu thuật; chuyển phương pháp lọc thận khác; lọc thận cấp cứu, cầu nối nhiễm trùng nặng.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca

**2.2.2. Chọn mẫu**

$$n = Z^2 \frac{P \times (1-P)}{d^2}$$

- Cỡ mẫu: Với n: cỡ mẫu nghiên cứu cần có; P: Tỷ lệ mẫu ước tính; α: Mức ý nghĩa thống kê thường là 0.05; d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể; Z(1-α/2): Giá trị Z thu được tương ứng với mức ý

nghĩa thống kê mong muốn. Biến chứng cầu nối là mục tiêu nghiên cứu chính, vào khoảng 5-15% [1], [2], [5], chúng tôi chọn p = 0,1, d = 0,1. Thay vào công thức, n = 34,5. Vậy cỡ mẫu tốt thiểu cần là 35 trường hợp.

**2.2.3. Đánh giá, nhận định kết quả**

Suy cầu nối: lưu lượng <300ml/phút, chia 02 nhóm: Nguyên phát (03 tháng đầu), Thứ phát (sau 03 tháng). Quy trình: giải thích, xét nghiệm tiền phẫu, mapping. Gây tê, bộc lộ, đánh giá tổn thương, tiến hành sửa chữa, đóng vết mổ. Đánh giá hậu phẫu: rò mạch, siêu âm, biến chứng, xử trí. Kỹ thuật: nông hóa tĩnh mạch, chuyển vị, ghép tĩnh mạch tự thân, tạo hình miệng nối, lấy huyết khối.

Đánh giá Tốt: lưu lượng đạt, không biến chứng. Trung bình: lưu lượng trung bình, không biến chứng. Kém: lưu lượng kém, tắc, bỏ cầu nối, có biến chứng.

**2.2.4. Xử lý số liệu:** phân nhóm: Nguyên phát, Thứ phát; tuổi, giới, bệnh kết hợp; tình trạng cầu nối, huyết khối, động mạch, tĩnh mạch, mạch trường thành, gập góc, miệng nối hẹp, biến chứng garo sau chạy thận, tăng đông; tình trạng trước phẫu thuật, mạch máu trên siêu âm doppler, vị trí, số lần phẫu thuật, kỹ thuật, kết quả, biến chứng, phẫu thuật lại. Số liệu được phân tích bằng SPSS 20.0 và các phép kiểm thống kê thích hợp.

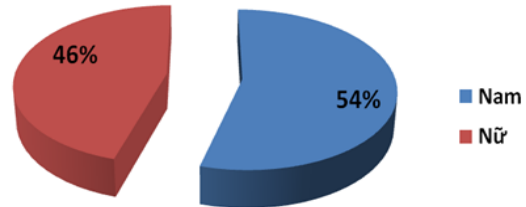
**2.2.5. Đạo đức nghiên cứu:** toàn bộ số liệu được thu thập qua hồ sơ bệnh án, không tiếp xúc trực tiếp bệnh nhân, số liệu được mã hóa bảo mật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

46 trường hợp

**3.1. Đặc điểm**

**Tuổi, giới:** Nam 25, nữ 21. Không có sự khác biệt về giới (P <0,05). Độ tuổi nam trung bình 51 (+ 18,2), nữ trung bình trung bình 47 (+ 14,7). Tuổi cao nhất 68 tuổi, tuổi thấp nhất 21 tuổi.



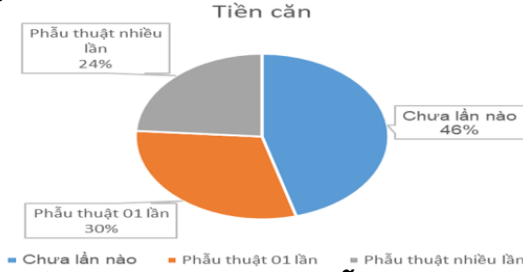
**Biểu đồ 1. Phân bố về giới tính**

**Nhận xét:** Nam nhiều hơn nữ, khác nhau về giới không có ý nghĩa thống kê (P < 0,05).

**Phân nhóm:** Nguyên phát (3 tháng đầu): 23,9%. Thứ phát 76,1%

**Thời gian sử dụng, số lần phẫu thuật trước**

Nhóm Thứ phát: thời gian sử dụng 01 năm không biến chứng 63,1%. Tỷ lệ trường hợp gặp biến chứng lần đầu với biến chứng nhiều lần 21/25.



**Biểu đồ 2. Tiền căn có phẫu thuật trước**

**Nhận xét:** Tỷ lệ các trường hợp đã có phẫu thuật sửa chữa cầu nối trước khi vào nghiên cứu cao hơn nhóm chưa phẫu thuật lần nào.

**Vị trí và tác nhân:**

**Bảng 1: Vị trí và tác nhân ở nhóm nguyên phát**

Phân nhóm		Nguyên phát (11)		Mâu (46)	
Chi tiết		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Miệng nối	03	15,8	11	23,9
	Mạch bản lề	02	10,5	13	28,2
	Mạch hiệu dụng	03	15,8	08	17,4
	ĐM đến	04	21,0	04	08,7
	TM về	01	05,2	07	15,1
	Nhiều vị trí	00	00	03	06,5
Tác nhân	Huyết khối	06	54,5	17	36,9
	Xơ vữa	01	09,1	18	39,1
	ĐM, TM nhỏ	02	18,2	05	10,9
	Miệng nối hẹp	01	09,1	03	06,5
	Garô gây tắc	00	00	02	04,3
	Tăng đông	01	09,1	01	02,2

**Bảng 2: Vị trí và tác nhân tổn thương ở nhóm thứ phát**

Phân nhóm		Thứ phát (35)		Mâu (46)	
Chi tiết		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Miệng nối	08	29,6	11	23,9
	Mạch bản lề	11	40,7	13	28,2
	Mạch hiệu dụng	05	18,5	08	17,4
	ĐM đến	00	00	04	08,7
	TM về	06	22,2	07	15,1
	Nhiều vị trí	03	11,1	03	06,5
Tác nhân	Huyết khối	11	31,14	17	36,9
	Xơ vữa	17	48,5	18	39,1
	ĐM, TM nhỏ	03	08,6	05	10,9
	Miệng nối hẹp	02	05,7	03	06,5
	Garô gây tắc	02	05,7	02	04,3
	Tăng đông	00	00	01	02,2

**Nhận xét:** nhóm Thứ phát có tỷ lệ cao hơn Nguyên phát. Ở nhóm Nguyên phát: huyết khối 54,4%. Ở nhóm Thứ phát, xơ vữa 48,5%.

**3.2. Kết quả phẫu thuật**

**Thời gian phẫu thuật:** Trung bình 98,8 + 45 phút. Nhanh nhất là 45, dài nhất là 164 phút

**Thời gian nằm viện:** Trung bình 5,3 ngày.

**Kết quả điều trị:** Lưu lượng (trước phẫu thuật) là 158 + 124ml/phút, sau phẫu thuật là 675 + 149ml/phút. Có sự cải thiện về lưu lượng máu sau phẫu thuật (p < 0,05).

**Kết quả ra viện:** tốt 67,4%, trung bình 17,5%), phẫu thuật lại 15,2%.

**Kết quả 6 tháng:** tốt 56,5%, trung bình 34,7%, phẫu thuật lại 08,7%.

**Bảng 3. Kết quả phẫu thuật sau 12 tháng**

Kết quả	n	Tỷ lệ (%)
Tốt	24	52,1
Trung bình	17	36,9
Kém	04	08,7

**Nhận xét:** kết quả tốt 52,1%.

**Biến chứng:** Bỏ cầu nối, tạo mới ở vị trí khác (2). 01 tử vong do biến chứng thận cấp. Tắc cầu nối (06), hẹp miệng nối (05), lưu lượng cao (02), chảy máu vết mổ (05), nhiễm trùng (06).

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm**

**Tuổi và giới:** Độ tuổi trong nghiên cứu tương đồng với một số tác giả, thường gặp 45-55. Suy thận mạn là quá trình kéo dài, thể hiện khi tổn thương ở mức độ nhất định. Những nghiên cứu trước 2018 mô tả vai trò không rõ ràng của độ tuổi, giới tính. Gần đây, các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn, bắt đầu cho thấy độ tuổi trẻ hơn, và cũng là yếu tố tiên lượng tốt đối với biến chứng này. Sự khác biệt về giới tính không có ý nghĩa thống kê trong mẫu và phân nhóm. Đến nay, các nghiên cứu hầu như cho kết quả tương tự.

**Bệnh kèm theo:** Đái tháo đường nhóm II 45,6%, tăng huyết áp 76,1%, rối loạn chuyển hóa lipid 63,0% là những bệnh kèm hay gặp. Không có sự khác biệt giữa 2 phân nhóm, không thấy có sự liên quan giữa bệnh kèm theo với kết quả phẫu thuật (P < 0,05). Tuy nhiên, về tổng trạng bệnh nhân, những bệnh nền này là nguyên nhân thúc đẩy tình trạng suy thận, đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu liên quan [5], [7], [8].

**Trường thành, sử dụng cầu nối:** ngoài điểm chung là sự biến đổi nội mạch do dòng chảy mới, biến chứng phẫu thuật, thì có một số khác nhau cơ bản. Giai đoạn nguyên phát chỉ có sự biến đổi tự thân cầu nối. Khi sử dụng, cầu nối

chịu thêm nhiều tác động: cầm kim, garo, tư thế v.v.... Thời gian từ lúc sử dụng cầu nối đến lúc gặp biến chứng của chúng tôi (14,3+1,6 tháng), tương tự Đỗ Kim Quế [2] (18,9 + 2,1).

**Vị trí:** có thể xảy ra ở nhiều nơi [1],[2],[5],[6]. Kết quả của chúng tôi và một số tác giả, đều cho thấy các vị trí hợp lưu, gập góc, xoáy tại các van tĩnh mạch, xoáy sau các miệng nối là các điểm làm suy cầu nối. Đỗ Kim Quế, Nguyễn Đỗ Nhân (2014) [2] có tỉ lệ 22% và 41%, Nguyễn Đỗ Nhân (2020) [1] là 19,3% và 38,7%. Kết quả này cũng cho số liệu tương tự là 08,7% và 23,7%.

**Tác nhân:** nhiều tác nhân: huyết khối, xơ vữa, mạch nhỏ, miệng nối nhỏ, garo cầm máu quá chặt, tăng đông v.v. Trong nghiên cứu chúng tôi, huyết khối, xơ vữa chiếm tỉ lệ cao, lần lượt là 36,9%, 39,1%, và một số tác nhân khác, như một số nghiên cứu mô tả [1], [3], [5]. Điều này cho thấy sự đa dạng và phức tạp của biến chứng suy cầu nối. Việc hiểu rõ các tác nhân giúp ích rất nhiều cho phẫu thuật viên trong việc đánh giá, phân loại và lựa chọn cách thức xử trí.

**Vật liệu cầu nối:** chúng tôi chỉ dùng mạch tự thân. Điều này có thể làm cho kết quả thiên vị, ủng hộ cho cách dùng mạch tự thân và giảm đi giá trị nghiên cứu về phương diện học thuật khi không có sự so sánh. Thực tế, có nhiều loại vật liệu [1], [2], [3], [5] mạch nhân tạo cho thấy rõ nhược điểm. Chúng tôi dùng mạch tự thân như là việc tập trung vào hiệu quả điều trị hơn là nghiên cứu đơn thuần. Việc này, cũng có sự đánh đổi, kết quả có đến 05 trường hợp bị suy cầu nối do mạch tự thân quá nhỏ. Với quan điểm nhóm nghiên cứu, chúng tôi cho rằng đây là một kết quả rất thú vị, nó là sự cân nhắc cho phẫu thuật viên giữa các yếu tố: lợi ích lâu dài của mạch tự thân mang lại, kết quả tức thời phải đạt được của một cuộc phẫu thuật, kiến thức về mô học mạch máu cầu nối và mapping tiền phẫu.

#### 4.2. Kết quả điều trị

**Thời gian phẫu thuật, nằm viện:** thời gian phẫu thuật là 98,8 + 45 phút, tương tự Đỗ Kim Quế và cộng sự (2014) [2]. Tuy nhiên, có sự thay đổi trong một số trường hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 trường hợp kéo dài hơn 150 phút, và 04 trường hợp chỉ 55 phút. Mặc dù đã tập hợp được thành nhóm biến chứng nổi bậc là suy cầu nối và phân nhóm nguyên phát, thứ phát một cách chi tiết, các biến chứng cùng nhóm cũng rất đa dạng, thời gian phẫu thuật và nằm viện cũng thay đổi theo đó.

**Kết quả ngắn hạn:** Lưu lượng tiền phẫu là 158 + 124ml/phút, hậu phẫu 675 + 149ml/phút. Có sự cải thiện về lưu lượng sau phẫu thuật ( $p <$

0,05). Thời điểm ra viện: Kết quả tốt 67,4%, trung bình 17,4%. Giai đoạn từ 12 tháng: cầu nối ổn định 52,1%. 17 trường hợp trung bình: có 04 phải xử trí ngoại khoa. 01 tử vong do biến chứng thận cấp. (02 mất theo dõi do bệnh nhân xuất ngoại). Những trường hợp phẫu thuật lại do tắc, bỏ cầu nối đều có tổn thương nặng, sửa chữa không đem lại hiệu quả gì.

Kết quả của một số tác giả nước ngoài có phần cao hơn do đánh giá về lưu lượng trên mẫu xử trí bằng tái thông can thiệp, một số là hẹp động mạch đến và cầu nối [1]. Đỗ Kim Quế [2] cho thấy hiệu quả về mặt lưu lượng sau phẫu thuật gần tương tự chúng tôi. Nghiên cứu này khảo sát hiệu quả xử trí những trường hợp khó, nhiều yếu tố tác động. Tỉ lệ thành công ở các kết quả nghiên cứu trên nói chung đều hơn 70%. Tính chất tổn thương ảnh hưởng cũng như định hướng việc lựa chọn phương pháp và hiệu quả. Cụ thể hơn, càng dùng lâu, cầu nối càng có nguy cơ mắc nhiều biến chứng và ít khi chỉ có một tổn thương đơn lẻ, là một biểu hiện của tính đa dạng, phức tạp trong suy cầu nối.

**Kết quả trung hạn:** Đặc điểm suy cầu nối nguyên phát, thứ phát: ở nhóm Nguyên phát, vị trí tổn thương có vẻ chia đều. Trong khi về tác nhân thì huyết khối chiếm đa số 54,5%. Một số nghiên cứu gần đây cũng cho kết quả tương tự [1],[2]. Ở nhóm Thứ phát, vị trí tổn thương phần lớn ở đoạn mạch bản lề 40,7%, miệng nối 29,6%, tác nhân chủ yếu là xơ vữa mạch 39,1%, kể đến mới là huyết khối 36,1%. Bước đầu, chúng tôi thấy rằng: huyết khối là yếu tố nổi bật trong suy cầu nối nguyên phát, kể đến là mạch không phù hợp. Trong khi ở nhóm Thứ phát, xơ vữa và biến đổi mạch chiếm đa số. Sự khác biệt này cần được đánh giá nhiều. Đây là vấn đề rất khó khăn cho nghiên cứu trong tình hình hiện nay nói chung, do sự tổn kém, mệt mỏi và suy sụp tâm lý nhanh chóng ở bệnh nhân thận mạn chạy thận khiến cho việc theo dõi trị liệu khó khăn, dễ bỏ cuộc nếu như không duy trì được chất lượng cầu nối tốt, giá cả chạy thận hợp lý.

Chuyển nhóm từ kết quả tốt sang trung bình qua thời gian: duy trì hiệu quả suốt quá trình sử dụng sau khi sửa chữa là mục tiêu quan trọng. Cầu nối luôn chịu tác động của nhiều yếu tố: tiến triển của xơ vữa, bệnh kèm theo (bệnh thận được xem là giai đoạn cuối của nhiều bệnh), biến đổi động học do dòng chảy nhân tạo mới và thay đổi nội mạch, tổn thương do châm kim, garo, nhiễm trùng, kỹ thuật v.v... tác động làm tuổi thọ cầu nối thay đổi rất khó lường, việc chuyển nhóm từ tốt sang trung bình hoặc kém có thể

xảy ra. Chúng tôi cố gắng đánh giá việc này, dẫn rằng cần nhiều thời gian và số liệu hơn. Chúng tôi cho rằng, ngoài yếu tố chính là phẫu thuật sửa chữa tốt thì còn nhiều tiêu chí khác không thể tách rời.

**Biến chứng phẫu thuật:** Theo Pawel Maga [6], tổn thương cầu nối có vị trí đa dạng: động mạch, miệng nối, mạch bản lề, tĩnh mạch v.v. 67,9% trường hợp bệnh nhân đã có phẫu thuật sửa chữa cầu nối trước đó (18 trường hợp phẫu thuật nhiều lần). Thực tế, biến chứng cầu nối không phải sửa chữa một lần là đạt [1]. Trong nghiên cứu này có 02 trường hợp tổn thương nặng cầu nối dẫn đến bỏ cầu nối. 01 tử vong do biến chứng thận cấp. Nghiên cứu gặp một số biến chứng khác: tắc cầu nối, hẹp miệng nối, lưu lượng cao, chảy máu vết mổ, nhiễm trùng vết mổ. Biến chứng sau phẫu thuật ở nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của một số nghiên cứu khác. Một biến chứng do băng ép cầm máu quá khít sau chạy thận.

**Xử trí biến chứng:** Các biến chứng xảy ra sau phẫu thuật sửa chữa được phẫu thuật lại: 06 trường hợp tắc cầu nối, thì 03 trường hợp xảy ra trong khoảng 06 tháng và 03 tử sau 12 tháng sửa chữa. Các trường hợp này đều được phẫu thuật lại, lấy huyết khối, tạo hình miệng nối. Các trường hợp tăng lưu lượng tạo hình về lưu lượng phù hợp, t thu nhỏ đoạn phình mạch. 05 trường hợp chảy máu vết mổ có 03 trường hợp phẫu thuật cầm máu, kết quả ổn định.

Các biến chứng điều trị nội khoa, can thiệp mạch: 05 trường hợp được can thiệp nội mạch nong bóng có kết quả tốt. 02 trường hợp chảy máu tụ dịch được chọc hút, kháng sinh, đáp ứng tốt.

## V. KẾT LUẬN

Suy cầu nối biểu hiện đa dạng, phức tạp. Gồm 2 nhóm Nguyên phát do huyết khối chiếm đa số và Thứ phát do xơ vữa tại miệng nối, đoạn bản lề và đoạn hiệu dụng.

Kết quả phẫu thuật (12 tháng) hoạt động ổn định 52,1%. 17 trường hợp trung bình được theo dõi định kỳ, có 04 trường hợp phải xử trí ngoại khoa tiếp tục.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đỗ Nhân** (2020). "Kết quả xử trí biến chứng cầu nối động tĩnh mạch dùng chạy thận nhân tạo chu kỳ". Luận văn chuyên khoa 2, Đại học Y Dược Tp.HCM.
2. **Đỗ Kim Quế, Nguyễn Đỗ Nhân** (2014). "Kết quả phẫu thuật chuyển tĩnh mạch nền tạo dòng tĩnh mạch cánh tay". Y học Tp. Hồ Chí Minh, 2014, 9, (1), tr. 109 - 112.
3. **Beathard G.A** (2017). "Endovascular intervention for the treatment of stenosis in the arteriovenous access". Uptodate® Advance 2017. Uptodate Incorporated.
4. **Allan J Collins, Robert N Foley et al** (2013). "US Renal Data System 2012 Annual Data Report". Am J Kidney Dis. 2013 Jan; 61(1 Suppl 1): A7, e1-476.
5. **Ricardo P., João F. M** (2021). "Multiple single cannulation technique of arteriovenous fistula: a randomized controlled trial". International Symposium on Home Hemodialysis. 2021; 53(44): 186-192.
6. **Maga Pawel** (2016). "Endovascular treatment of dysfunctional arteriovenous fistula in hemodialysis patients - the results of one year follow-up". Via medica 2016. 22(4), 143-149.
7. **Csaba P Kovesdy** (2022). "Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022". Kidney Int Suppl (2011). 2022 Apr;12(1):7-11
8. **Hossain S, Sharma A, Dubois L, DeRose G et al** (2018). "Preoperative point-of-care ultrasound and its impact on arteriovenous fistula maturation outcomes". J Vasc Surg. 2018; 68(4):1157-1165.

## ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG CỦA SỐ LƯỢNG TIỂU CẦU Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

Đỗ Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Phạm Thái Dũng<sup>1</sup>, Trần Văn Tùng<sup>1</sup>, Võ Ngọc Chánh Tín<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá sự biến đổi và giá trị tiên lượng tử vong của số lượng tiểu cầu trong 7 ngày đầu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 110 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn điều trị tại Bộ môn -

trung tâm hồi sức cấp cứu, chống độc - Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y từ tháng 04 năm 2021 đến tháng 03 năm 2023. **Kết quả:** Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có tình trạng giảm tiểu cầu chiếm 77,3% tổng số bệnh nhân. Ở nhóm sống, số lượng tiểu cầu giảm dần trong 3 ngày đầu, đạt giá trị thấp nhất ở ngày thứ 3, sau đó tăng dần ở ngày thứ 5, thứ 7, còn ở nhóm tử vong, số lượng tiểu cầu giảm dần qua các thời điểm nghiên cứu và đạt giá trị thấp nhất ở ngày thứ 7. Số lượng tiểu cầu ở nhóm tử vong thấp hơn rõ rệt so với nhóm sống, với  $p < 0,01$ . Nhóm bệnh nhân có giảm tiểu cầu có nguy cơ tử vong cao hơn so với nhóm không giảm tiểu cầu, với  $OR = 3,43$  (Khoảng tin cậy 95%: 1,35-8,72,  $p < 0,01$ ). Số lượng tiểu cầu ở

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y  
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng  
Email: domanhhungpt95@gmail.com  
Ngày nhận bài: 4.12.2023  
Ngày phản biện khoa học: 18.01.2024  
Ngày duyệt bài: 5.2.2024