

MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, KHÍ MÁU VÀ CHỨC NĂNG HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN TÍNH LỌC MÁU CHU KỲ

Nguyễn Thị Thanh Hương¹,
Nguyễn Đình Tiên², Nguyễn Vĩnh Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số biểu hiện lâm sàng hô hấp, khí máu và thông khí phổi ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc có phân tích 134 bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện E từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 10 năm 2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 52,79 ± 16,58; Nam: 69,4%, BMI bình thường: 78,4%. Các triệu chứng lâm sàng về hô hấp ở nhóm đối tượng nghiên cứu đa dạng, trong đó thường gặp nhất là ho khan (22,4%), không gặp trường hợp nào ho máu. Hình ảnh tổn thương trên X-Quang (10,4%). Ngoài ra rối loạn toàn thân nổi bật là rối loạn giấc ngủ (74,6%). Rối loạn khí máu hay gặp là nhiễm toan chuyển hoá (37,3%). Xét nghiệm khí máu và chức năng hô hấp sau lọc máu đều tăng lên đáng kể. **Kết luận:** Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối thường gặp các rối loạn về hô hấp và quản lý điều trị lọc máu có vai trò cải thiện tốt khí máu và chức năng hô hấp. **Từ khóa:** Bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối, khí máu, chức năng hô hấp

SUMMARY

CLINICAL SYMPTOMS, ARTERIAL BLOOD GAS AND RESPIRATORY FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE ON CYCLIC DIALYSIS

Objectives: Describe clinical characteristic, arterial blood gas and pulmonary function, in patients with chronic renal failure on dialysis. **Subjects and methods:** descriptive study, longitudinal follow-up with analysis of 134 chronic kidney failure patients undergoing dialysis at Hospital E from October 2017 to October 2020. **Results:** Average age: 52.79 ± 16.58; Male: 69.4%, normal BMI: 78.4%. Clinical respiratory symptoms in the study group were diverse, the most common symptom were dry cough (22.4%) and no cases of hemoptysis. Images of injury on X-ray (10.4%). In addition, the most prominent systemic disorder is sleep disturbances (74.6%). Common blood gas disorder is acidosis (37.3%). All index of Blood gas tests and respiratory function after dialysis increased significantly. **Conclusion:** In the study, we found that patients with end-stage chronic kidney disease often experience respiratory disorders and dialysis treatment

has a role in improving blood gases and respiratory function. **Keywords:** End stage chronic kidney disease, arterial blood gas, respiratory Function.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (Chronic Kidney Disease) là vấn đề sức khỏe có tính toàn cầu. Tỷ lệ mắc bệnh này đang gia tăng trên toàn thế giới và ước tính khoảng 11 đến 13% tổng dân số [1]. Bệnh thận thường được đặc trưng bởi rối loạn chức năng của nhiều cơ quan. Chức năng của phổi cũng có mối liên hệ chặt chẽ với thân, cả về sinh lý và sinh lý bệnh. Trên thực tế, việc điều hòa cân bằng axit-bazơ, kiểm soát huyết áp và cân bằng nội môi có liên quan chặt chẽ đến sự tương tác giữa thận và phổi. Những người mắc bệnh thận mạn tính có khả năng tử vong vì bệnh hô hấp cao hơn và sự kết hợp này sẽ làm tăng nguy cơ tử vong và chi phí điều trị ở nhóm bệnh này [2].

Mối liên quan giữa tổn thương thận và phổi ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính đã được nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu từ lâu [3]. Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu đánh giá các nguy cơ mắc bệnh thận trên nền bệnh phổi mạn tính và chưa cung cấp đầy đủ số liệu về triệu chứng lâm sàng hô hấp cũng như chức năng hô hấp ở nhóm bệnh nhân này. Ở Việt Nam đã có những thành công bước đầu trong lĩnh vực ghép thận, làm thay đổi chất lượng sống ở bệnh nhân suy thận mạn, tuy nhiên thực tế hiện nay, điều trị bằng lọc máu chu kỳ vẫn là biện pháp chủ yếu để duy trì sự sống cho đa số người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối. Bởi vậy, nghiên cứu đánh giá các rối loạn hô hấp cả về phương diện lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị bằng lọc máu chu kỳ là cần thiết, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện dự đoán và quản lý bệnh tốt hơn. Mục tiêu của nghiên cứu này: "Mô tả một số triệu chứng lâm sàng hô hấp và kết quả đo thông khí phổi ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 134 bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện E từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 10 năm 2020 được chia thành 2 nhóm có/không có ít nhất một triệu chứng đường hô hấp.

¹Bệnh viện E

²Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hương

Email: toahuongkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

*** Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Được chẩn đoán xác định suy thận giai đoạn V theo Hội Thận học Hoa Kỳ (2002) và được lọc máu chu kỳ [4].

- Được theo dõi các chỉ tiêu lâm sàng, xét nghiệm khí máu động mạch và chức năng hô hấp trước và sau lọc 30 phút.

Áp dụng phương pháp tiến cứu mô tả, sử dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n \geq \left(\frac{1,96}{m}\right)^2 p(1-p)$$

Trong đó: n: Là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết, đủ lớn và đủ độ tin cậy

p: Tỷ lệ FEV₁ bất thường. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn p = 50% (0,5) để đảm bảo cho cỡ mẫu lớn nhất.

m: độ sai số. Theo nghiên cứu của J. Bras và cộng sự năm 2008 cho thấy có 15% bệnh nhân suy thận lọc máu chu kỳ có rối loạn thông khí phổi [5]. Thay số vào công thức trên, tính được n = 42. Như vậy theo lý thuyết bệnh nhân tối thiểu đưa vào nhóm nghiên cứu là 42 bệnh nhân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu quan sát mô tả, theo dõi dọc có phân tích.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: Máy đo thể tích ký thân của hãng Medisof do Bỉ sản xuất; Xét nghiệm khí máu được làm trên máy phân tích khí máu GEM premier 3000. Các xét nghiệm này được tiến hành tại Bệnh viện E.

2.2.3. Một số tiêu chuẩn:

Bảng 2.2. Bảng các chỉ số hô hấp

Viết tắt	Tên	Trị số
VC	Dung tích sống	>80%
FVC	Dung tích sống gắng sức	>80%
FEV1	Thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu	>80%
FEV1/VC	Chỉ số Tiffeneau	>70%
FEV1/FVC	Chỉ số Gaensler	>70%
FEF25-75	Lưu lượng thở ra khoảng giữa của dung tích sống gắng sức	>60%
PEF	Lưu lượng đỉnh	>80%
MVV	Thông khí tự ý tối đa	>60%

- Rối loạn thông khí hạn chế [6].

+ Tiêu chuẩn: Các thể tích và dung tích giảm (VC, FVC), các lưu lượng bình thường

+ FVC, SVC, TLC giảm; FRC, ERV bình thường hoặc giảm.

+ FEV₁, FEF_{25-75%}, MVV bình thường hoặc giảm

+RV/TLV, FEV₁/FVC, PEF bình thường hoặc tăng

+ Mức độ rối loạn thông khí hạn chế

+ Nhẹ: FVC hoặc TLC= 66-80%

+ Trung bình: FVC hoặc TLC= 51-65%

+ Nặng: FVC hoặc TLC ≤ 50%

- Rối loạn thông khí tắc nghẽn [7].

+ Tắc nghẽn đường thở trên: sử dụng chỉ số FEF₅₀/FIF₅₀ (còn gọi là MIF₅₀/MEF₅₀)

+ Lưu lượng thở ra ở 50% thể tích phổi (FEF₅₀)

+ Lưu lượng hít vào ở 50% thể tích phổi (FIF₅₀)

Bảng 2.4. Giá trị tham chiếu khí máu động mạch xét nghiệm trên máy GEM Premier 3.000

Chỉ số	Đơn vị	Giá trị bình thường
pH		7,38 - 7,42
PCO ₂	mmHg	35 - 45
HCO ₃ ⁻	mmol/l	18 - 23
PO ₂	mmHg	83 - 108
tCO ₂	mmol/l	22 - 29
BE	mmol/l	(-2) - (+3)
SO ₂ c	%	94 - 98

*Chẩn đoán rối loạn thăng bằng toan – kiềm

Thể rối loạn	pH	HCO ₃ ⁻ (mmol/l)	PCO ₂ (mmHg)
Nhiễm toan chuyển hóa	<7,4	<24	
Nhiễm toan hô hấp	<7,4		>40
Nhiễm kiềm chuyển hóa	>7,4	>24	
Nhiễm kiềm hô hấp	>7,4		<40
Nhiễm toan – kiềm hỗn hợp khí			
Nhiễm toan chuyển hóa			>40
Nhiễm kiềm chuyển hóa			<40
Nhiễm toan hô hấp		<24	
Nhiễm kiềm hô hấp		> 24	

Nguồn: Theo Horacio J (2010) [8].

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Xử lý, phân tích thống kê y học bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	Tổng (n=134)		
	n	%	
Giới	Nam	93	69,4
	Nữ	41	30,6
BMI	<18,5 (thiếu cân)	9	6,7
	18,5-24,99 (bình thường)	105	78,4
	25-29,99 (thừa cân)	20	14,9
	>30 (béo phì)	0	0
Tuổi	Giá trị trung bình ± SD	52,79 ± 16,58	
	Giá trị lớn nhất - giá trị nhỏ nhất	14 – 85	

Nam giới chiếm đa số (69,4%), phần lớn BMI bình thường (78,4%);

Bảng 2: Các triệu chứng toàn thân ở đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng	<5 năm		5-10 năm		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Mệt mỏi	42	46,7	48	53,3	90	67,2	0,895
Gầy sút	38	44,7	47	55,3	85	63,4	0,633

Sốt	11	45,8	13	54,2	24	17,9	0,962
Phù	12	52,2	11	47,8	23	17,2	0,533
Thiếu máu	22	46,8	25	53,2	47	35,1	0,927
Rối loạn tiêu hoá	34	41	49	59	83	61,9	0,116
Rối loạn tiểu tiện	42	48,8	44	41,2	86	64,2	0,425
Rối loạn giấc ngủ	46	46	54	54	100	74,6	0,915

Nhận xét: Triệu chứng rối loạn giấc ngủ chiếm tỷ cao nhất là 74,6%. Ngoài ra các triệu chứng hay gặp khác như mệt mỏi, rối loạn tiểu tiện, gầy sút cân và rối loạn tiêu hoá. Triệu chứng ít gặp nhất là phù chiếm 17,2%. Không có sự khác biệt ở 2 nhóm có thời gian lọc máu khác nhau.

Bảng 3: Các triệu chứng lâm sàng hô hấp và xquang

Triệu chứng	Có biểu hiện		Có triệu chứng đường hô hấp (n=62)	
	n	%	n	%
Triệu chứng lâm sàng	62	44,78		

Ho khan	30	22,4	
Khó thở	11	8,2	
Đau ngực	14	10,4	
Khạc đờm	21	15,7	
Ho ra máu	0	0	
Ran ẩm	08	6,0	
Ran nổ	06	4,5	
Hội chứng ba giảm	03	2,2	
Hội chứng đông đặc	01	0,7	
Tổn thương màng phổi trên Xquang	Trần dịch màng phổi	03	2,2
	Đầy dính màng phổi	04	3,0
Tổn thương nhu mô trên Xquang	<1/2 phổi	07	5,2
	>1/2 1phổi	0	0

Ho khan là triệu chứng hô hấp thường thấy nhất ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính (48,4%). Hình ảnh tổn thương màng phổi ở 7/134 BN trong đó 3 trường hợp có hình ảnh tràn dịch màng phổi và 4 trường hợp đầy dính màng phổi. Vị trí tổn thương chỉ gặp <1/2 phổi. Ho ra máu chưa có ghi nhận nào ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 4: Kết quả khí máu động mạch trước lọc máu và sau lọc máu

	Trước lọc			Sau lọc			p
	n	x± SD	Min-Max	n	x± SD	Min-Max	
pH	134	7,35 ± 0,05	7,26 - 7,44	134	7,4 ± 0,07	7,3 - 7,5	<0,001
PO2	134	88,1 ± 4,97	75 - 95	134	92,33 ± 1,68	90 - 95	<0,001
PCO2	134	34,2 ± 4,25	27,49 - 41,08	134	39,66 ± 3,5	34 - 45,72	<0,001
HCO3-	134	21,19 ± 2,98	16,07 - 26,35	134	23,99 ± 2,46	20,02 - 28	<0,001
BE	134	-4,95 ± 3,85	-11,73 - 1,6	134	-0,11 ± 1,36	-2,44 - 2,5	<0,001
SaO2	134	96,41 ± 2,64	90 - 100	134	97,38 ± 1,77	95 - 100	0,007

Sau lọc máu các chỉ số của khí máu động mạch đều tăng so với trước lọc máu, trong đó chỉ số pH và SaO2 tăng nhẹ, các chỉ số còn lại tăng đáng kể, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 5: rối loạn acid- base khí máu động mạch

Thể rối loạn	<1 năm (n=03)		1-5 năm (n=85)		>5 năm (n=46)		Tổng (n=134)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nhiễm toan chuyển hóa	0	0	30	35,3	24	52,2	54	37,3	0,061
Nhiễm toan chuyển hóa/Nhiễm kiềm hô hấp	0	0	04	4,7	0	0	4	3	0,305

Toan chuyển hoá là rối loạn thường gặp nhất (37,3%), rối loạn kiểu hỗn hợp toan chuyển hoá kết hợp kiềm hô hấp ít gặp (3%).

Bảng 6: Kết quả một số thông số thông khí phổi trước và sau lọc máu

	Trước lọc máu			Sau lọc máu 30 phút			p
	n	x± SD	Min-Max	n	x± SD	Min-Max	
FVC	134	2,58 ± 0,74	1,25 - 4,08	134	3,19 ± 0,51	2,23 - 4,07	<0,001
FVC%	134	74,39 ± 21,47	35,02 - 113,25	134	95,73 ± 11,7	75,57 - 114,41	<0,001
FEV1	134	1,94 ± 0,63	1,1 - 3,3	134	2,42 ± 0,5	1,6 - 3,3	<0,001
FEV1%	134	71,26 ± 18,59	35,55 - 104,95	134	86,02 ± 11,55	65,59 - 104,98	<0,001
FEV1/FVC	134	76,86 ± 19,21	43,7 - 132,5	134	0,78 ± 0,21	0,43 - 1,3	<0,001
FEF 25-75	134	1,88 ± 0,57	1,1 - 3,1	134	2,37 ± 0,44	1,61 - 3,09	<0,001
FEF 25-75%	134	54,43 ± 10,76	37,54 - 79,78	134	62,22 ± 9,99	45,07 - 79,97	<0,001
PEFR	134	3,97 ± 1,19	2,21 - 6,68	134	4,99 ± 1,09	3,25 - 6,79	<0,001
PEFR%	134	59,51 ± 15,46	33,47 - 94,62	134	73,06 ± 13,15	50,55 - 94,89	<0,001

Các thông số đo chức năng hô hấp của bệnh nhân tại thời điểm sau lọc máu 30 phút đều tăng so với trước lọc máu. Trong đó có chỉ số FVC%, FEV1% là tăng đáng kể. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $52,79 \pm 16,58$ tuổi trong đó cao nhất là 85 tuổi và nhỏ nhất là 14 tuổi. Nhóm tuổi từ 30-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (49,2%), nhóm tuổi < 30 chiếm tỷ lệ nhỏ nhất (6,72%). Kết quả này tương tự Patzer nghiên cứu trên 15 279 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu, tuổi trung bình là 53,4 tuổi, nhóm tuổi từ 30-60 tuổi chiếm 59,6% [9]. Nam giới chiếm 69,4% cao hơn so với nữ giới. Trong đó tỷ lệ Nam/Nữ = 2/1, khá tương đồng với các nghiên cứu khác (Bảng 3.1). Sự khác biệt về giới tính đã được ghi nhận trong lĩnh vực thận học. Phụ nữ dường như được bảo vệ phần nào khỏi việc phát triển bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối. Một cuộc khảo sát toàn quốc về bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối của Hội Lọc máu Nhật Bản cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn nữ giới. Hơn nữa, độ tuổi trung bình khi bắt đầu lọc máu ở phụ nữ cũng cao hơn nam giới [6]. Phần lớn đối tượng nghiên cứu có chỉ số BMI bình thường (78,4%), thiếu cân chiếm tỷ lệ nhỏ (6,7%). Điều này chứng tỏ nhóm đối tượng nghiên cứu đang được kiểm soát tốt về dinh dưỡng và cân nặng.

Triệu chứng rối loạn giấc ngủ thường gặp nhất 74,6%. Ngoài ra các triệu chứng hay gặp khác như mệt mỏi, rối loạn tiêu tiện, gầy sút cân và rối loạn tiêu hoá. Triệu chứng ít gặp nhất là phù chiếm 17,2%. Không có sự khác biệt ở 2 nhóm có thời gian lọc máu khác nhau (Bảng 2). Nhiều nghiên cứu báo cáo rằng bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính, đặc biệt là những người bệnh thận mạn giai đoạn cuối, cho thấy sự gia tăng các rối loạn liên quan đến giấc ngủ so với dân số nói chung. Các rối loạn liên quan đến giấc ngủ, chẳng hạn như giấc ngủ bị gián đoạn, rối loạn nhịp thở khi ngủ, rối loạn vận động chân tay theo chu kỳ, hội chứng chân không yên và chất lượng giấc ngủ kém thường được mô tả ở bệnh nhân bị bệnh thận mạn. Tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém được báo cáo là 34-78% ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo trong phần lớn các nghiên cứu, theo Badema tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở nhóm bệnh nhân lọc máu chu kỳ là 73%, trong đó hay gặp nhất là mất ngủ, tương tự với kết quả của chúng tôi [4].

Triệu chứng cơ năng hô hấp chủ yếu là ho khan chiếm 22,4%. Trong đó gặp nhiều ở nhóm lọc máu chu kỳ dưới 5 năm (56,7%). Tỷ lệ các triệu chứng khạc đờm, đau ngực và khó thở lần lượt là 15,7%, 10,4% và 8,2%. Triệu chứng thực thể có rale ẩm và rale nổ chiếm lần lượt là 6,0% và 4,5%. Hội chứng ba giảm và hội chứng đông đặc chiếm tỷ lệ thấp nhất là 2,2% và 0,7%. Có vô số biến chứng liên quan đến hệ hô hấp xảy ra ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối, lọc máu chu kỳ. Biến chứng này liên quan đến sự thay đổi tình trạng thể tích, áp lực keo huyết tương, chức năng miễn dịch, đồng thời suy tim ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính hay gặp nhất là phù phổi cấp, tràn dịch màng phổi. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ gặp các biến chứng này rất thấp, điều này cũng phù hợp do các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được quản lý và tuân thủ tốt các nguyên tắc điều trị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi các chỉ số của khí máu động mạch đều nằm trong giới hạn thấp và sau lọc máu các chỉ số của khí máu động mạch đều tăng so với trước lọc máu. Trong đó chỉ số pH và SaO₂ tăng nhẹ, các chỉ số còn lại tăng đáng kể. Tại thời điểm trước lọc máu PH: 7,35; HCO₃⁻: 21,19 mmol/L; PO₂: 88,1 mmHg, cũng cho thấy tình trạng nhiễm toan chuyển hoá (37,3%) và giảm O₂ máu là tình trạng khá thường gặp. Toan chuyển hoá có thể kết hợp kèm hô hấp, nhưng chiếm tỷ lệ nhỏ thường gặp trong trường hợp bệnh nhân tang nhịp thở, kèm theo có điều trị kiềm hoá máu. Tương tự nghiên cứu của chúng tôi Harambat tỷ lệ nhiễm toan chuyển hoá ước tính khoảng 45- 61% bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 4 và 5. Xác suất nhiễm toan chuyển hoá tăng theo giai đoạn CKD nhưng giảm đáng kể khi điều trị lọc máu so với giai đoạn CKD trước lọc máu [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các thông số đo chức năng hô hấp của bệnh nhân tại thời điểm sau lọc máu 30 phút đều tăng so với trước lọc máu. Trong đó có chỉ số FVC%, FEV1% là tăng đáng kể. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (Bảng 5). Yilmaz (2016) cho thấy sau khi lọc máu chu kỳ, dung tích sống (FVC), FVC%, và FEV1 đều tăng đáng kể sau. Ngoài ra tác giả thấy rằng chỉ số FVC, FVC%, FEV1, FEV1%, lưu lượng thở ra gắng trung bình giữa 25% và 75% của FVC (FEF25-75), FEF25-75%, lưu lượng đỉnh thở ra (PEFR) và PEFR% đều thấp hơn đáng kể ở bệnh nhân quá tải dịch so với không quá tải. Anees (2021) cho thấy chức năng phổi của bệnh nhân không cải thiện sau khi chạy thận nhân tạo. Chỉ có FVC cải thiện sau chạy thận

nhân tạo, trong khi FEV1 và FEV1 / FVC không cải thiện đáng kể. Lý do có thể khiến chức năng phổi không cải thiện là do phổi của những bệnh nhân này bị tổn thương nặng đến mức chạy thận nhân tạo không thể cải thiện được. Một lý do khác khiến chức năng phổi không cải thiện có thể là do hầu hết bệnh nhân có BMI bất thường (béo phì và thiếu cân) và kiệt sức sau 4 giờ chạy thận nhân tạo, dẫn đến việc họ không thể thực hiện các chức năng phổi một cách bình thường. Người ta đã quan sát thấy rằng tuổi càng cao, khả năng sinh lý giảm, bao gồm kiểm soát thông khí, sức mạnh cơ hô hấp, cơ chế hô hấp và trao đổi khí. Ngoài ra, FEV1 và FVC có tương quan nghịch với tuổi ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo. Có sự khác biệt về kết quả đo chức năng hô hấp ở các nghiên cứu thì càng chứng tỏ vai trò quản lý điều trị đối với bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối rất quan trọng bao gồm cả việc kiểm soát tốt các chỉ số như BMI, luyện tập thở và tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng về hô hấp ở nhóm đối tượng nghiên cứu đa dạng, trong đó thường gặp nhất là ho khan (22,4%), khó thở (8,2%), không gặp trường hợp nào ho máu. Hình ảnh tổn thương trên X-Quang (10,4%). Ngoài ra rối loạn toàn thân nổi bật là rối loạn giấc ngủ (74,6%). Nhiễm toan chuyển hoá (37,3%), thận nhân tạo có thể cải thiện được khí máu và chức năng hô hấp đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M. K. Momeni, E. Shahraki, F. Yarmohammadi, et al. (2020). Early Effects of Hemodialysis on Pulmonary Function in Patients with End-Stage Renal Disease 22(3): e96710.
2. Hà Phan Hải An (2008). Rối loạn thăng bằng kiềm- toan. NXB Y Học, Hà Nội: 61-72.
3. Hà Phan Hải An (2008). Rối loạn thăng bằng nước và điện giải. NXB Y Học, Hà Nội: 41-48.
4. E. C. S. Luiz, A. C. Juraci (2020). Practice Patterns and Adequacy of Maintenance Hemodialysis in Rio Grande, RS, Brazil. Open Journal of Nephrology: 102-116.
5. Marc E. De Broe, Robert L. Lins, Wilfried A. De Backer (2004), Pulmonary aspects of dialysis patients, in Replacement of Renal Function by Dialysis, Walter H. Hörl, Karl M. Koch, Robert M. Lindsay, Claudio Ronco, & James F. Winchester, Editors. Springer Netherlands: Dordrecht, 849-864.
6. R. Rahgoshai, R. Rahgoshai, A. Khosravi, et al. (2010). Acute effects of hemodialysis on pulmonary function in patients with end-stage renal disease. Iran J Kidney Dis, 4(3): 214-7.
7. Đỗ Gia Tuyên (2012), Bệnh thận mạn và suy thận mạn tính- định nghĩa và chẩn đoán, ed. Bệnh học nội khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học: 399-400.
8. Demetria Kovelis, Fábio Pitta, Vanessa Suziane Probst, et al. (2008). Função pulmonar e força muscular respiratória em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 34.
9. A. Sharma, A. Sharma, S. Gahlot, et al. (2017). A study of pulmonary function in end-stage renal disease patients on hemodialysis: a cross-sectional study. Sao Paulo Med J, 135(6): 568-572.
10. T. Pham Van, T. Le Viet, M. Hoang Thi, et al. (2020). Study on Acid-Base Balance Disorders and the Relationship Between Its Parameters and Creatinine Clearance in Patients with Chronic Renal Failure 12(2): e103567.

SỰ ẢNH HƯỞNG CỦA ĐAU BÌU MẠN TÍNH LÊN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC NAM GIỚI

Lê Anh Tuấn^{1,2}, Phạm Văn Hảo²,
Lê Đình Hiếu¹, Vũ Lê Chuyên³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau bìu mạn tính nặng gây ảnh hưởng rất lớn đến hoạt động, đời sống của bệnh nhân ở nhiều mặt. Nghiên cứu nhằm khảo sát sự ảnh hưởng

của đau bìu mạn tính nguyên nhân thần kinh lên hoạt động tình dục nam giới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả. Tất cả những bệnh nhân đau bìu mạn tính nặng sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác, có chỉ định phẫu thuật tại khoa nam học, bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2022 đến 31/11/2023. **Kết quả:** Có 39 bệnh nhân đau bìu mạn tính nặng nghi ngờ nguyên nhân thần kinh, không đáp ứng điều trị nội khoa được phẫu thuật. Tuổi trung bình 26,2±4,3, thời gian đau 2.3 ±1.6 năm. 51.6% bệnh nhân cảm thấy đau bìu ảnh hưởng lên hoạt động tình dục. Những bệnh nhân đau bìu nhiều với thang đo đau cao (NRS 7-10 điểm) có ảnh hưởng lên chức năng cương so với nhóm đau vừa (NRS 0-6 điểm) (P<0.05). Giảm ham muốn chiếm 34.1% và suy giảm

¹Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, TPHCM

²Bệnh viện Bình Dân TPHCM

³Bệnh viện Tâm Anh TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Tuấn

Email: 20.05.104.03@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024