

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN TÍNH CÓ CHỈ ĐỊNH LÀM LỖ THÔNG ĐỘNG TĨNH MẠCH TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

ĐINH ĐỨC LONG, LÊ THANH BÌNH
Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy thận mạn tính ảnh hưởng đến kết quả tạo lỗ thông động tĩnh mạch. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy thận mạn tính có chỉ định làm lỗ thông động tĩnh mạch tại bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 446 bệnh nhân. **Kết quả và bàn luận:** Nguyên nhân suy thận chủ yếu viêm cầu thận mạn (74,9%), tuổi trung bình 46,22 +15,34, chủ yếu từ 36-65 tuổi (63,2%). Triệu chứng chủ yếu là: Thiếu máu là 93,9%, giá trị Hb trung bình: 78,47±18,34 g/l; Tỷ lệ tăng huyết áp 86,33%.

Từ khoá: Suy thận giai đoạn cuối; Đặc điểm lâm sàng; Cận lâm sàng; Lỗ thông động tĩnh mạch.

SUMMARY

Background: The clinical and laboratory data of chronic renal failure patients effect on outcome of arteriovenous fistula. **Objective:** Assessing of clinical and laboratory data of chronic renal failure patients who has indicated making arteriovenous fistula at Bach Mai hospital. **Methods:** Prospective cross-sectional design of 446 patients. **Results and conclusions:** Cause of renal failure is mainly glomerulonephritis (74.9%), mean age is 46.22+15.34 and most from 36 to 65 ages (63.2%). Common symptoms are: anemia is 93.9%, mean Hemoglobin

78.47±18.34 g/l; Hypertension is 86.33%.

Keywords: End stage renal failure, Clinical and laboratory data, arteriovenous fistula.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Số lượng bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối cần điều trị thay thế chức năng thận trên thế giới rất lớn và không ngừng gia tăng. Những bệnh nhân này đều có nhu cầu lựa chọn phương pháp điều trị thay thế thận khác nhau phù hợp với hoàn cảnh và điều kiện của mình [1][3]. Hiện nay, lọc máu chu kỳ (LMCK) có xu thế được lựa chọn và cũng là phương pháp phổ biến. Trong phương pháp LMCK, đường vào mạch máu là bước đầu tiên và đóng vai trò quan trọng trong điều trị và điều trị lọc máu đầy đủ, phụ thuộc vào lỗ thông động tĩnh mạch (ĐTMT). Thành công trong tạo lỗ thông ĐTMT phụ thuộc vào nhiều yếu tố trong đó có đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy thận mạn tính (STMT) [2]. Đặc điểm nhóm bệnh nhân này khác so với nhóm bệnh nhân STMT chưa có chỉ định lọc máu chu kỳ. Hiện nay, chưa thấy công bố nào tại Việt Nam về vấn đề này, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân STMT có chỉ định làm lỗ thông động tĩnh mạch tại Bệnh viện Bạch Mai.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU
1. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Thận nhân tạo, Khoa Thận tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai.

- Thời gian nghiên cứu từ: 01/06/2009 đến 31/12/2010.

2. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 446 bệnh nhân STMT có chỉ định làm thông động tĩnh mạch lần đầu để điều trị lọc máu chu kỳ.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:* Bệnh nhân STMT có mức lọc cầu thận dưới 15ml/phút. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Có các chống chỉ định làm thông ĐTM. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. Thiết kế nghiên cứu:

Tiến cứu, mô tả cắt ngang nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

4. Nội dung và phương pháp nghiên cứu

- Thăm khám lâm sàng bệnh nhân đầy đủ

- Các thăm dò cận lâm sàng:

Các mẫu máu nghiên cứu được lấy vào buổi sáng lúc đói, sau đó được đưa ngay tới phòng xét nghiệm trong vòng một vài phút và được bảo quản ở nhiệt độ - 30°C cho đến thời điểm định lượng.

Các thông số trong xét nghiệm máu cùng được lấy vào một thời điểm ở bệnh nhân trước khi lọc máu.

Tất cả các xét nghiệm đều được làm tại hai Labo của Bệnh viện Bạch Mai: khoa Huyết học và khoa Sinh hóa bệnh viện Bạch Mai.

Tính mức lọc cầu thận theo phương pháp Cockcroft - Gault.

- Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS xác định: Giá trị trung bình, so sánh giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=446)

Nhóm	Nữ		Nam		Chung	
	N	%	N	%	N	%
Nhóm bệnh nhân	180	40,4	266	59,6	446	100,0
Tuổi trung bình (năm)	49,92 ± 14,72		43,71 ± 15,28		46,22 ± 15,34	
P	> 0,05					

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa độ tuổi trung bình giữa hai giới.

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo tuổi (n=446)

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
16 - 25	48	10,8
26 - 35	61	13,7
36 - 45	91	20,4
46 - 55	112	25,1
56 - 65	79	17,7
> 65	55	12,3
Tổng	446	100,0

Chủ yếu gặp bệnh nhân tuổi trung niên.

Bảng 3: Phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân STMT (n=446)

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm cầu thận mạn	334	74,9
Viêm thận – bể thận	31	7,0
Đái tháo đường	40	8,9
Tăng HA	13	3,0
Thận đa nang	14	3,1
Nguyên nhân khác	14	3,1
Cộng	446	100,0

Nguyên nhân gây suy thận giai đoạn cuối chủ yếu là viêm cầu thận mạn, chiếm 74,9%, tiếp đến là các nguyên nhân ĐĐTĐ 8,9%, VTBT mạn 7,0%, và những nguyên nhân còn lại chiếm phần nhỏ.

Bảng 4: Đặc điểm huyết áp nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=446)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không THA	61	13,7
THA	385	86,3
HA tâm thu	145,24 ± 25,09	
HA tâm trương	89,64 ± 18,04	
HA trung bình	108,23 ± 18,48	

Tỷ lệ tăng HA trong nghiên cứu cao, chiếm 86,3%.

Bảng 5: So sánh tỷ lệ tăng HA giữa nam và nữ

	N	Tăng HA (n)	Tỷ lệ %	p < 0,05
Nam	266	232	87,22%	
Nữ	180	153	85%	
Tổng	446	385	86,33%	

Nam giới có tỷ lệ tăng HA cao hơn nữ giới (p<0,05).

Bảng 6: Giá trị trung bình một số chỉ số sinh hóa máu

Chỉ số	TB + SD (n=446)
Ure (mmol/l)	36,76 ± 12,73
Creatinin (μmol/l)	932,47 ± 334,79
Protein (g/l)	68,71 ± 8,39
Albumin (g/l)	34,94 ± 5,53

Giá trị trung bình của albumin máu thấp hơn bình thường.

Bảng 7: Đặc điểm thiếu máu nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=446)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không thiếu máu	27	6,1
Thiếu máu	419	93,9
Hemoglobin (g/l)	78,47 ± 18,35	

Bệnh nhân thiếu máu chiếm 93,9%, nồng độ Hb trung bình thấp, chỉ có 78,47 ± 18,35 g/l.

Bảng 8: Phân bố giữa thiếu máu và giới

	N	Thiếu máu (n)	Tỷ lệ %	p > 0,05
Nữ	180	165	91,67%	
Nam	266	254	95,49%	
Tổng	446	419	93,95%	

Tỷ lệ thiếu máu giữa nam và nữ là tương đương nhau hay sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

BÀN LUẬN

Về nguyên nhân suy thận, độ tuổi và giới:

Trong nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân suy thận chủ yếu vẫn là viêm cầu thận mạn, chiếm đến 74,9%, sau đó là các nguyên nhân khác VTBT 7,0%, ĐĐTĐ 8,9%, thận đa nang 3%. Kết quả này hoàn toàn

tương tự như những nghiên cứu của các tác giả khác được tiến hành tại Việt Nam như của Nguyễn Sanh Tùng [1] hay Đinh Thị Kim Dung [2]. Khi so sánh với các nghiên cứu ở các nước phát triển khác, nguyên nhân chủ yếu là bệnh ĐTĐ và cao huyết áp, ngược lại, nguyên nhân chính của suy thận mạn ở nước ta vẫn là viêm cầu thận mạn. Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 46,22±15,34, độ tuổi từ 36-65 chiếm chủ yếu (63,23%). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Nguyễn Sanh Tùng 44,99 ± 13,67, nhưng thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu ở các nước phát triển, như Charmaine E. Lock, độ tuổi trung bình là 57,93±17,5. Điều này được lý giải do mô hình bệnh tật khác nhau, tại các nước phát triển, nguyên nhân suy thận chủ yếu là đái tháo đường và tăng huyết áp, trong khi viêm cầu thận mạn là nguyên nhân chủ yếu ở Việt Nam. Phân nhóm đối tượng nghiên cứu theo giới, chúng tôi thấy tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (59,64%/40,36%). Nhận định này cũng tương tự trong các nghiên cứu của Nguyễn Sanh Tùng tỉ lệ nam/nữ là (67%/33%), hay của Charmaine E. Lock (67,77%/32,23%) [4][5][6][7]. Sự khác biệt về tỷ lệ giới này có thể từ đặc điểm phân bố nguyên nhân suy thận hai giới, nữ chiếm chủ yếu trong nhóm bệnh liên quan đến bệnh hệ thống, hay quá trình diễn biến đến giai đoạn cuối của các nguyên nhân suy thận cũng khác nhau. Riêng tại Việt Nam, đặc biệt các vùng nông thôn, có thể sự tiếp cận điều trị của bệnh nhân cũng có sự khác biệt giữa hai giới do giới hạn về quan niệm cũng như vai trò nam/nữ trong gia đình.

Về tăng huyết áp: Tăng huyết áp cũng là triệu chứng lâm sàng thường gặp trên lâm sàng của bệnh nhân suy thận mạn tính, tăng huyết áp góp phần làm gia tăng một trong những biến chứng nặng nề ở bệnh nhân STM là biến chứng tim mạch, dày thất trái mà hậu quả là suy tim toàn bộ. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tăng HA là 86,33%, cao hơn trong các nghiên cứu của Đinh Thị Kim Dung. Có sự khác biệt này là do nhóm nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối, có mức lọc <10ml/phút, trong khi đó đối tượng nghiên cứu của các tác giả trên là suy thận mạn và có mức lọc cầu thận <30ml/phút, do đó, tình trạng tăng HA ít gặp hơn. Tỷ lệ tăng HA đồng đều trong các nhóm tuổi khác nhau, nhưng giới nam nhiều hơn nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này được giải thích vì đa số bệnh nhân đều có tăng HA bởi vì suy thận cũng chính là nguyên nhân gây tăng HA khiến biểu hiện tăng HA bao trùm lên toàn bộ nhóm nghiên cứu.

Về thiếu máu: Là dấu hiệu thường gặp nhất trong suy thận mạn, mức độ thiếu máu tùy theo giai đoạn suy thận. Suy thận càng nặng thì thiếu máu càng nhiều. Trên thực tế nhiều trường hợp bệnh nhân đến khám vì thiếu máu mới phát hiện ra là do suy thận mạn. Thiếu máu sẽ càng làm nặng thêm các biến chứng tim mạch. Trong nghiên cứu này thì có tới 93,9% bệnh nhân suy thận mạn có triệu chứng lâm sàng là thiếu máu, không có sự khác biệt giữa hai

giới ($p > 0,05$), nồng độ hemoglobin là 78,47±18,34 (g/l). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng không có sự khác biệt khi so sánh với Nguyễn Sanh Tùng, trong nghiên cứu này thì triệu chứng thiếu máu cũng gặp ở gần 98% các bệnh nhân suy thận mạn. Tỷ lệ thiếu máu rất cao này có thể lý giải rằng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là phát hiện muộn và là phát hiện lần đầu đồng thời chưa điều trị tình trạng thiếu máu hay điều trị không đầy đủ erythropoietin.

Về tình trạng dinh dưỡng: Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân được đánh giá qua nhiều yếu tố. Trong đó, nồng độ albumin máu là một trong các yếu tố rất quan trọng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ albumin trung bình là 34,94±5,53 g/l. Số bệnh nhân có albumin ≤ 35 g/l chiếm tỉ lệ là 27,58%. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Sanh Tùng. Kết quả albumin trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấp được cho là do bệnh nhân chủ yếu là nhóm suy thận giai đoạn cuối, trong đó phát hiện lần đầu và chưa/hay điều trị trong quá trình bảo tồn không tốt do cả nguyên nhân khách quan: Điều kiện bệnh nhân, khả năng tiếp cận và chi trả trong quá trình điều trị hay những nguyên nhân chủ quan trong quá trình điều trị bảo tồn chức năng thận trong suy thận mạn tính.

KẾT LUẬN

Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở 446 bệnh nhân STMT có chỉ định làm thông ĐTM, chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

+ Tuổi hay gặp từ 36-65 (63,2%), tỉ lệ nam nhiều hơn nữ (59,6%/40,4%). Nguyên nhân suy thận chủ yếu do viêm cầu thận mạn (74,9%).

+ Tăng huyết áp chiếm 86,3; thiếu máu chiếm 93,9%, nồng độ hemoglobin trung bình: 78,47±18,34 g/l; nồng độ albumin trung bình: 34,94±5,53 g/l.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Thị Kim Dung (2003), "*Nghiên cứu rối loạn Lipoprotein huyết thanh ở bệnh nhân suy thận mạn*", Luận văn tiến sĩ, chuyên ngành bệnh học nội khoa, trường ĐHY Hà Nội.

2. Nguyễn Sanh Tùng (2009): "*Kích thước miệng nối và lưu lượng trở về trong nối thông động tĩnh mạch ở cổ tay để chạy thận nhân tạo chu kỳ*". Y học thực hành, số 12, trang 25-29. (6)

3. Đỗ Gia Tuyền (2007), "*Suy thận mạn*", Bệnh học nội khoa tập I, trường ĐHY Hà Nội, NXB Y học, tr. 428 - 446. (7)

4. Charmaine E. Lok: Risk Equation Determining Unsuccessful Cannulation Events and Failure to Maturation in Arteriovenous Fistulas (REDUCE FTM I). *J Am Soc Nephro*, 2006, 17: 3204-3212. (16)

5. Hakaim AG, Nalbandian M, Scott T: Superior maturation and patency of primary brachiocephalic and transposed basilic vein arteriovenous fistulae in patients with diabetes. *J Vasc Surg* 27, 1998, : 154-157. (29)

6. KDOQI guidelines: Vascular access guidelines updated 2006. *American Journal of Kidney diseases*, vol 48, No1, Suppl 1 (July), 2006: pS177. (36)

7. Paul E. Miller: Predictors of adequacy of

arteriovenous fistulas in hemodialysis patients. *Kid Int*, Vol. 56, 1999, pp. 275-280 (50)