

ĐÁNH GIÁ BIẾN ĐỔI LÂM SÀNG VÀ ĐIỆN DẪN TRUYỀN THẦN KINH Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ BẰNG THẬN NHÂN TẠO THƯỜNG QUY KẾT HỢP HDF-ONLINE

Nguyễn Như Nghĩa¹, Lê Quốc Việt², Mai Huỳnh Ngọc Tân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: tỷ lệ tổn thương thần kinh ngoại vi tương đối cao, đặc biệt ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu định kỳ. Do đó, phát hiện và điều trị hiệu quả bệnh thần kinh ngoại vi có thể nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá sự biến đổi lâm sàng và đánh giá một số chỉ số điện dẫn truyền thần kinh sau lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo thường quy kết hợp với kỹ thuật HDF-Online ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 80 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu bằng thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ tháng 07/2021 đến 07/2022. **Kết quả:** nam chiếm 47,5%, tuổi trung bình là 54,5±15,65 tuổi. Sau 6 tháng, bệnh nhân biểu hiện rối loạn cảm giác giảm từ 75% còn 45%, rối loạn dinh dưỡng giảm từ 38,8% còn 21,25% và rối loạn phản xạ từ 35% còn 12,5%. Đối với chỉ số điện dẫn truyền thần kinh dây mác: tốc độ và biên độ dẫn truyền thần kinh gia tăng, thời gian tiềm vận động giảm có ý nghĩa sau 6 tháng. Đối với dây chày, tốc độ dẫn truyền vận động và biên độ đều tăng. Thời gian tiềm vận động dây thần kinh chày giảm không có ý nghĩa thống kê. Ở dây thần kinh trụ, biên độ dẫn truyền tăng, thời gian tiềm giảm sau 6 tháng. Ở dây giữa, các chỉ số điện dẫn truyền thần kinh cải thiện đáng kể. **Kết luận:** biện pháp lọc máu kết hợp giữa HD và HDF-Online có thể cải thiện các đặc điểm lâm sàng, một số chỉ số điện dẫn truyền thần kinh ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối.

Từ khóa: suy thận mạn giai đoạn cuối, điện dẫn truyền thần kinh, HDF-Online, Cần Thơ.

SUMMARY

EVALUATING CLINICAL AND NERVE CONDUCTION STUDIES CHANGES IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDERGOING HEMODIALYSIS IN COMBINATION WITH ONLINE HEMODIAFILTRATION

Background: The rate of peripheral neuropathy is relatively high, especially in patients with end stage renal disease (ESRD) undergoing hemodialysis. Therefore, early detection and treatment of peripheral

neuropathy can improve patient's quality of life. **Objectives:** to evaluate clinical changes and nerve conduction studies after hemodialysis (HD) combined with online hemodiafiltration (HDF-Online) in ESRD patients. **Subjects and method:** a cross-sectional descriptive study in 80 ESRD patients on hemodialysis at Can Tho General hospital from July 2021 to July 2022. **Results:** men were 47.5%, the mean age was 54,5±15,65. After 6 months, the proportion of patients with sensory disorders decreased from 75% to 45%, nutritional disorders decreased from 38.8% to 21.25% and reflex disorders from 35% to 12.5%. For the peroneal nerve conduction indices: motor conduction velocity (MCV) and amplitude increased, and distal latency (dL) significantly decreased after 6 months. For the tibia nerve, both MCV and amplitude increased. The reduction in distal latency was not statistically significant. In ulnar nerve, amplitude increased, distal latency decreases after 6 months. In median nerve, nerve conduction indices significantly improved. **Conclusions:** The combination of HD and HDF-Online can improve the clinical features, some of the nerve conduction indices in ESRD patients.

Keywords: ESRD, nerve conduction studies, HDF-Online, Can Tho.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng tổn thương thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu định kỳ xảy ra với tỷ lệ tương đối cao, gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Hiện nay, việc chẩn đoán tình trạng tổn thương thần kinh ngoại vi ở nhóm bệnh nhân này chủ yếu dựa vào biện pháp ghi điện cơ và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh là [4]. Những biện pháp điều trị bệnh thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân suy thận mạn bao gồm lọc máu đủ liều, bổ sung vitamin, sử dụng thuốc giảm đau, lọc máu bằng biện pháp thẩm tách siêu lọc máu (HDF). Trong đó, biện pháp thẩm tách siêu lọc máu, đặc biệt là thẩm tách siêu lọc máu bù dịch trực tiếp (HDF-online) có hiệu quả tốt trong đào thải các chất độc ure huyết trọng lượng trung bình và lớn, từ đó có thể cải thiện các triệu chứng ở bệnh nhân bệnh thần kinh ngoại vi. Nhiều nghiên cứu trên thế giới gần đây đã chứng minh được vai trò của biện pháp kết hợp giữa lọc máu thường quy (HD) và HDF-online trong điều trị bệnh thần kinh ngoại vi [6]. Tuy nhiên, khu vực đồng bằng sông Cửu Long chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của biện pháp này ở bệnh nhân suy thận mạn. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Nghĩa

Email: nnnghia@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

cứu đề tài này với mục tiêu: *đánh giá sự biến đổi lâm sàng bệnh thần kinh ngoại vi và sự thay đổi một số chỉ số điện dẫn truyền thần kinh sau lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo thường quy kết hợp với kỹ thuật HDF-Online ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu bằng thận nhân tạo chu kỳ tại khoa Nội thận tiết niệu - lọc máu Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân >18 tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu, được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối theo KDIGO 2012 với mức lọc cầu thận <15ml/phút/1,73 m², kéo dài trên 3 tháng [5]. Bệnh nhân đang được lọc máu chu kỳ bằng một chế độ lọc như nhau: cùng được dùng một loại dịch lọc Bicarbonate, một loại quả lọc có hệ số siêu lọc thấp với KUF: 10mL/mmHg/giờ.

Tiêu chuẩn loại trừ: nhiễm HIV/AIDS, đang mắc các bệnh lý cấp tính như: đợt gút cấp, nhiễm trùng nặng, nhồi máu cơ tim, suy tim cấp, đột quỵ não, xuất huyết tiêu hóa nặng,... Không hợp tác nghiên cứu hoặc đang điều trị bị tử vong hoặc chuyển cơ sở điều trị khác.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 07/2021 đến 07/2022

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: tính theo công thức:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \times p \times (1-p)}{d^2} (Z_{1-\alpha/2})^2 = (1,96)^2$$

Trong đó n là cỡ mẫu, α là mức ý nghĩa thống kê, chọn α=0,05 vậy: Theo nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hưng, 97,1% bệnh nhân suy thận mạn rối loạn các chỉ số điện thần kinh [2], chọn p=0,97; d là sai số cho phép, chọn d=0,05. Thế vào công thức, tính được n = 44,7. Thực tế chúng tôi chọn được 80 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện không xác suất

Phương pháp thu thập số liệu: tất cả 80 bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và được đo dẫn truyền thần kinh bằng máy ghi điện cơ

Bảng 2. Tỷ lệ biểu hiện lâm sàng của tổn thương thần kinh ngoại vi sau 6 tháng (n=80)

Đặc điểm lâm sàng	T0		T6		p
	n	%	n	%	
Rối loạn cảm giác	60	75,0	36	45	0,001
Rối loạn phản xạ	28	35,0	10	12,5	0,001

NEUROPACK-S1. Những bệnh nhân có rối loạn điện dẫn truyền thần kinh được lọc máu bằng biện pháp HD + HDF-Online (57 bệnh nhân). Đánh giá lại sau 6 tháng nghiên cứu, gồm sự thay đổi các đặc điểm lâm sàng và một số chỉ số dẫn truyền thần kinh.

Nội dung nghiên cứu:

- Các đặc điểm chung: giới, tuổi
- Đặc điểm lâm sàng bệnh thần kinh ngoại vi:
 - + Rối loạn cảm giác: dị cảm, cảm giác nhiệt nghịch thường, cảm giác bàn chân rât bông, giảm hay mất cảm giác nông (xúc giác, cảm giác đau, cảm giác về nhiệt độ), cảm giác sâu (cảm giác rung, tư thế), hội chứng chân không yên.
 - + Rối loạn vận động: yếu cơ
 - + Rối loạn phản xạ: giảm hay mất phản xạ gân gót, phản xạ gối, phản xạ gân cơ nhị đầu cánh tay, phản xạ gân cơ tam đầu cánh tay.
 - + Rối loạn dinh dưỡng: da khô, teo cơ ngón chi.
- Chỉ số dẫn truyền thần kinh:
 - + Tốc độ dẫn truyền (V): thần kinh vận động (dây chày, mác, trụ và giữa), và cảm giác (dây trụ và giữa).
 - + Biên độ (A) đáp ứng: thần kinh vận động (dây chày, mác, trụ và giữa), và cảm giác (dây trụ và giữa).
 - + Thời gian tiềm (t) các dây thần kinh mác, chày, trụ và giữa.

Phương pháp xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n	%	
Giới tính	Nam	38	47,5
	Nữ	42	52,5
Tuổi	18-39	15	18,8
	40-60	37	46,2
	>60	28	35,0
	Trung bình	54,5±15,65 tuổi	

Nhận xét: đa số bệnh nhân là nữ với độ tuổi trung bình là 54,5±15,65. Gần 50% bệnh nhân trong độ tuổi 40-60.

3.2. Đánh giá biến đổi lâm sàng bệnh thần kinh ngoại vi sau 6 tháng

Rối loạn vận động	3	3,8	0	0	0,08
Rối loạn dinh dưỡng	31	38,8	17	21,25	0,001

Nhận xét: sau 6 tháng (T6), 45% bệnh nhân còn biểu hiện lâm sàng rối loạn cảm giác, 21,25% rối loạn dinh dưỡng và 12,5% còn biểu hiện rối loạn phản xạ. Các biểu hiện lâm sàng này thay đổi có ý nghĩa so với thời điểm ban đầu (T0).

Bảng 3. So sánh các triệu chứng rối loạn cảm giác sau 6 tháng (n=80)

Rối loạn cảm giác	T0		T6		p
	n	%	n	%	
Dị cảm	53	66,2	29	36,25	0,001
Nhiệt nghịch thường	10	12,5	10	12,5	1,0
Bàn chân rát bỏng	20	25	12	15	0,01
Giảm hay mất cảm giác nông	40	50	20	25	0,001
Giảm hay mất cảm giác sâu	41	51,2	7	8,75	0,001
Hội chứng chân không yên	39	48,8	13	16,25	0,001

Nhận xét: Các biểu hiện rối loạn cảm giác giảm nhiều sau 6 tháng, trong đó rối loạn cảm giác chủ quan dị cảm giảm nhiều từ 66,2% còn 36,25%; các biểu hiện rối loạn cảm giác khách quan (giảm cảm giác nông, sâu, hội chứng chân không yên) đều giảm đáng kể.

Bảng 4. So sánh các triệu chứng rối loạn dinh dưỡng sau 6 tháng (n=80)

Rối loạn dinh dưỡng	T0		T6		p
	n	%	n	%	
Da khô	31	38,8	17	21,25	0,001
Teo cơ ngón chi	18	22,5	2	2,5	0,001

Nhận xét: triệu chứng rối loạn dinh dưỡng da khô và teo cơ ngón chi sau 6 tháng điều trị giảm nhiều so với thời điểm ban đầu.

3.3. Đáng giá biến đổi một số chỉ số dẫn truyền thần kinh

Bảng 5. So sánh chỉ số dẫn truyền thần kinh dây mác (vận động) trước và sau 6 tháng (n=57)

Chỉ số	T0	T6	p
Tốc độ (m/s) ($\bar{x} \pm SD$)	31,3±7,96	44,88±9,67	0,001
Biên độ (mV) ($\bar{x} \pm SD$)	1,71±1,16	2,61±1,51	0,001
Thời gian tiềm (ms) ($\bar{x} \pm SD$)	8,21±2,65	5,23±3,58	0,001

Nhận xét: sau 6 tháng kết hợp lọc máu HD và HDF-OL, các chỉ số dẫn truyền thần kinh dây mác cải thiện rõ rệt. Trong đó, tốc độ và biên độ dẫn truyền thần kinh gia tăng, thời gian tiềm vận động giảm.

Bảng 6. So sánh chỉ số dẫn truyền thần kinh dây chày (vận động) trước và sau 6 tháng (n=57)

Chỉ số	T0	T6	p
Tốc độ (m/s) ($\bar{x} \pm SD$)	30,53±8,05	43,56±8,99	0,001
Biên độ (mV) ($\bar{x} \pm SD$)	5,04±3,16	7,75±4,45	0,001
Thời gian tiềm (ms) ($\bar{x} \pm SD$)	7,64±2,05	5,25±2,3	0,07

Nhận xét: tốc độ dẫn truyền vận động thần kinh chày tăng từ 30,53±8,05m/s lên 43,56±8,99m/s và biên độ tăng từ 5,04±3,16mV lên 7,75±4,45 mV sau 6 tháng. Thời gian tiềm vận động dây thần kinh chày có giảm, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. So sánh chỉ số dẫn truyền thần kinh trụ sau 6 tháng (n=57)

Chỉ số		T0	T6	p
Vận động	Tốc độ (m/s) ($\bar{x} \pm SD$)	36,02±7,68	55,07±12,78	0,3
	Biên độ (mV) ($\bar{x} \pm SD$)	4,29±1,39	6,42±2,22	0,001
	Thời gian tiềm (ms) ($\bar{x} \pm SD$)	6,35±1,89	3,56±1,91	0,03
Cảm giác	Tốc độ (m/s) ($\bar{x} \pm SD$)	35,61±9,85	56,23±14,95	0,01
	Biên độ (mV) ($\bar{x} \pm SD$)	15,94±6,76	25,19±13,12	0,001
	Thời gian tiềm (ms) ($\bar{x} \pm SD$)	6,18±1,83	3,45±1,68	0,08

Nhận xét: biên độ dẫn truyền tăng, thời gian tiềm vận động giảm sau 6 tháng. Đối với dây cảm giác, có sự gia tăng tốc độ và biên độ dẫn truyền sau 6 tháng.

Bảng 8. So sánh chỉ số dẫn truyền thần kinh giữa sau 6 tháng (n=57)

Chỉ số		T0	T6	p
Vận động	V (m/s) ($\bar{x} \pm SD$)	34,47±7,94	52,18±10,79	0,1
	Biên độ (mV) ($\bar{x} \pm SD$)	4,29±1,76	6,52±2,4	0,001
	Thời gian tiềm (ms) ($\bar{x} \pm SD$)	7,09±1,96	4,37±1,72	0,01
Cảm giác	V (m/s) ($\bar{x} \pm SD$)	32,98±10,23	48,91±12,07	0,001
	Biên độ (mV) ($\bar{x} \pm SD$)	14,35±6,77	22,12±10,92	0,001
	Thời gian tiềm (ms) ($\bar{x} \pm SD$)	6,96±2,26	4,21±1,67	0,003

Nhận xét: các chỉ số điện dẫn truyền thần kinh của dây giữa cải thiện đáng kể sau 6 tháng

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Theo nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, tỷ lệ suy thận mạn ở nam cao hơn so với nữ, đặc biệt ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối [3], [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân nữ có phần cao hơn nam (52,5% nữ, 47,5% nam), điều này có thể do tính ngẫu nhiên của việc lựa chọn mẫu nghiên cứu. Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 54,5±15,65 tuổi, thấp nhất 18 tuổi, cao nhất 86 tuổi, cho thấy bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ phần lớn ở độ tuổi trung niên.

4.2. Đánh giá biến đổi lâm sàng bệnh thần kinh ngoại vi sau 6 tháng. Trong nghiên cứu, tất cả bệnh nhân có rối loạn điện dẫn truyền thần kinh được áp dụng biện pháp lọc máu kết hợp giữa HDF-OL và HD, mỗi 1,5 tháng lọc HDF-OL một lần (theo hướng dẫn của Bộ Y tế). Bệnh nhân được điều trị lọc máu kết hợp 6 tháng (T6), sau đó được thăm khám và đo dẫn truyền thần kinh lại nhằm đánh giá điều trị.

Khi phân tích về sự thay đổi các biểu hiện lâm sàng sau 6 tháng, 45% bệnh nhân còn biểu hiện lâm sàng rối loạn cảm giác, 21,25% rối loạn dinh dưỡng và 12,5% còn biểu hiện rối loạn phản xạ. Các biểu hiện lâm sàng này đều giảm có ý nghĩa so với thời điểm ban đầu. Đối với nhóm triệu chứng rối loạn cảm giác, rối loạn cảm giác chủ quan dị cảm giảm nhiều từ 66,2% còn 36,25%; các biểu hiện rối loạn cảm giác khách quan (giảm cảm giác nông, sâu, hội chứng chân không yên) đều giảm đáng kể, riêng biểu hiện rối loạn cảm giác nhiệt nghịch thường không thay đổi. Đối với nhóm triệu chứng rối loạn dinh dưỡng, còn 21,25% bệnh nhân có biểu hiện khô da, 2,5% teo cơ ngón chi tại thời điểm T6. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hải ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn cảm giác dị cảm và hội chứng chân không yên giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm HDF-OL + HD. Đối với nhóm cảm giác khách quan: cảm giác nông (cảm giác xúc giác, cảm giác đau, cảm giác về nhiệt độ) phục hồi hoàn toàn sau 12 tháng điều trị, cảm giác sâu

(cảm giác rung, cảm giác tư thế khớp) phục hồi khoảng 50% bệnh nhân. Riêng teo cơ, tác giả chưa nhận thấy có sự chuyển biến rõ rệt [1]. Chúng tôi rút ra nhận xét: việc điều trị xen kẽ phương pháp HDF-Online với HD có tác dụng làm giảm các triệu chứng lâm sàng của tổn thương thần kinh ngoại vi. Giảm các triệu chứng có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng, giải quyết tốt các triệu chứng có thể giúp giảm các vấn đề khó chịu, cũng như ổn định tâm lý của bệnh nhân hơn, từ đó giúp nâng cao chất lượng cuộc sống.

4.3. Đánh giá biến đổi một số chỉ số dẫn truyền thần kinh. Khi so sánh chỉ số điện thần kinh trước và sau 6 tháng, chúng tôi ghi nhận các chỉ số dẫn truyền của dây thần kinh mác đều thay đổi có ý nghĩa thống kê. Cụ thể, tốc độ dẫn truyền tăng từ 31,3±7,96 m/s lên 44,88±9,67 m/s, biên độ tăng từ 1,71±1,16 lên 2,61±1,51 mV, thời gian tiềm giảm từ 8,21±2,65 còn 5,23±3,58 ms. Đối với dây thần kinh chày, tốc độ dẫn truyền (tăng từ 30,53±8,05 lên 43,56±8,99 m/s) và biên độ điện thế (tăng từ 5,04±3,16 lên 7,75±4,45 mV) thay đổi có ý nghĩa sau 6 tháng. Thời gian tiềm vận động giảm, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Như vậy, đối với dây thần kinh vận động chi dưới, các chỉ số điện dẫn truyền thần kinh hầu hết cải thiện đáng kể sau 6 tháng kết hợp biện pháp lọc máu HDF-OL và HD. Nguyễn Thị Thu Hải cũng ghi nhận tốc độ dẫn truyền thần kinh chày ở 31 bệnh nhân lọc máu HDF cải thiện đáng kể sau 12 tháng, còn ở nhóm 61 bệnh nhân lọc máu thường quy (HD), không có chỉ số dẫn truyền thần kinh nào được cải thiện có ý nghĩa thống kê sau 12 tháng theo dõi [1].

Ở dây trụ vận động, biên độ dẫn truyền tăng từ 4,29±1,39 lên 6,42±2,22 mV, thời gian tiềm vận động giảm từ 6,35±1,89 còn 3,56±1,91 ms sau 6 tháng. Ở dây cảm giác, tốc độ tăng đáng kể từ 35,61±9,85 lên 56,23±14,95m/s, biên độ từ 15,94±6,76 tăng lên 25,19±13,12 mV. Các sự thay đổi này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tại thời điểm T0 phần lớn bệnh nhân có rối loạn dẫn truyền cảm giác, nhưng đến thời điểm T6, tình trạng rối loạn dây trụ cảm giác có

cải thiện rõ rệt. Tác giả Nguyễn Thị Thu Hải ghi nhận tốc độ dẫn truyền dây trụ cảm giác ở nhóm bệnh nhân lọc máu HDF-OL tăng từ $57,8 \pm 7,6$ tại T0 lên $60,1 \pm 6,3$ ở T6 và $61,8 \pm 7,3$ ở T12. Các chỉ số này đều tăng có ý nghĩa khi so sánh với nhóm bệnh nhân điều trị bằng biện pháp HD thường quy [1]. Tác giả Ria Arnold cũng kết luận các chỉ số điện thần kinh ở nhóm bệnh nhân lọc máu bằng HDF hoặc HD sử dụng màng lọc high flux đều đạt gần giá trị bình thường hơn nhóm lọc máu thường quy [6]. Khi phân tích về các chỉ số dẫn truyền của dây giữa, chúng tôi cũng nhận thấy kết quả tương tự như dây thần kinh trụ. Tốc độ dẫn truyền, biên độ điện thế đều tăng sau 6 tháng, thời gian tiềm cảm giác và vận động đều giảm.

Dù cho một số chỉ số điện thần kinh trung bình vẫn chưa đạt ngưỡng bình thường nhưng đều cao hơn so với thời điểm ban đầu. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc kết hợp thẩm tách máu thường quy (HD) kết hợp phương pháp thẩm tách siêu lọc máu bù dịch trực tiếp (HDF-OL) có thể cải thiện được một số chỉ số dẫn truyền thần kinh, cũng như cải thiện được triệu chứng lâm sàng liên quan bệnh thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân biểu hiện rối loạn cảm giác giảm có ý nghĩa từ 75% còn 45%, rối loạn dinh dưỡng giảm từ 38,8% còn 21,25% và rối loạn phản xạ từ 35% còn 12,5%.

Đối với chỉ số điện dẫn truyền thần kinh dây

mác: tốc độ và biên độ dẫn truyền gia tăng, thời gian tiềm vận động giảm có ý nghĩa sau 6 tháng. Đối với dây chày, tốc độ dẫn truyền vận động tăng từ $30,53 \pm 8,05$ m/s lên $43,56 \pm 8,99$ m/s và biên độ tăng từ $5,04 \pm 3,16$ mV lên $7,75 \pm 4,45$ mV sau 6 tháng. Thời gian tiềm vận động dây thần kinh chày giảm không có ý nghĩa thống kê. Ở dây thần kinh trụ, biên độ dẫn truyền tăng, thời gian tiềm giảm sau 6 tháng. Ở dây giữa, các chỉ số điện dẫn truyền thần kinh cải thiện đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Hải, và cs. (2013), "Biến đổi một số chỉ số điện dẫn truyền thần kinh ở bệnh nhân suy thận mạn thận nhân tạo chu kỳ được điều trị bằng thẩm tách siêu lọc máu", Tạp chí Y học thực hành, 878 (8), tr.60-64.
2. Nguyễn Trọng Hưng, Lê Quang Cường, và Trần Văn Chất (2007), "Nghiên cứu lâm sàng và điện sinh lý tổn thương thần kinh ngoại vi ở người suy thận mạn giai đoạn cuối chưa lọc máu chu kỳ", tạp chí Y học thực hành, 566+567 (3), tr.29-32.
3. Amy Kang, et al. (2021), "Effect of hemodiafiltration on the progression of neuropathy with kidney failure", CJASN, 16, pp.1365-1375.
4. Julian L. Seifter and Martin A. Samuels, (2019), "Neurologic complications of chronic kidney disease", Comprehensive Clinical Nephrology, 6th edition, Elsevier, USA, pp.996-1001.
5. KDIGO, (2012), "Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease", Kidney International, 3 (1), pp.1-150.
6. Ria Arnold, et al. (2013), "Effects of hemodiafiltration and high flux hemodialysis on nerve excitability in end-stage kidney disease", PLOS One, 8 (3), pp.59055.

ĐẶC ĐIỂM NHẠY CẢM KHÁNG SINH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG CỔ SÂU DO TÁC NHÂN KLEBSIELLA PNEUMONIAE

Đặng Diệu Linh¹, Phùng Mạnh Thắng²,
Trần Thế Việt², Lê Nguyễn Uyên Chi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Klebsiella pneumoniae là tác nhân vi khuẩn gram âm thường gặp nhất trong nhiễm trùng cổ sâu. K. pneumoniae có các chủng đa kháng gây khó khăn trong việc chọn lựa kháng sinh điều trị. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm nhạy cảm kháng sinh và kết quả điều trị nhiễm trùng cổ sâu do tác nhân K.

pneumoniae tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 06/2021 đến 06/2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, ghi nhận 46 bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 6/2021 đến 6/2022, có kết quả cấy mũ định danh K. pneumoniae và có kết quả kháng sinh đồ. **Kết quả:** K. pneumoniae nhạy cao với kháng sinh nhóm Carbapenem (93,5- 95,7%), nhóm Aminoglycoside (93,3- 93,5%), Cefoperazone/ Sulbactam (91,3%) và Tigecycline (91,3%). K. pneumoniae đa kháng chiếm tỷ lệ 32,6% gồm kiểu hình đa kháng (MDR) (26,1%) và đa kháng diện rộng (XDR) (6,5%). K. pneumoniae kiểu hình MDR (3/12 trường hợp tiết ESBL) còn nhạy 100% với kháng sinh nhóm Carbapenem. K. pneumoniae kiểu hình XDR kháng 100% với Carbapenem và chỉ nhạy với Tigecycline. Tỷ lệ bệnh

¹Trường Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Diệu Linh

Email: dangdiuolinh011110@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022