việc yêu thích… Bên cạnh đó ngoại hình thay đổi cũng ảnh hưởng tới sự tự tin. Do đó, việc điều trị có hiệu quả đối với bệnh GO sẽ cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 40,85 ± 12,63 tuổi, tỷ lệ nữ cao hơn nam. Thời gian mắc chủ yếu từ 6 –12 tháng (55%). Tất cả các bệnh nhân đều tổn thương ở cả 2 mắt. Bệnh nhân trong nghiên cứu đa số có mức độ viêm nhẹ, điểm CAS trung bình là 3,45 ± 0,72. Các bệnh nhân đều có mức độ lồi mắt nhẹ, mức độ lồi mắt trung bình là 19.18 ± 0,62 (mm). Mức độ co cơ mi trên ở mức độ nhẹ, mức dộ co cơ trung bình là 1,43 ± 0,50. Tỉ lệ bệnh nhân song thị chiếm 40%. Bệnh mắt ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, điểm chất lượng cuộc sống GO-QoL trung bình là 30,33 ± 1,31 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cục quản lý Khám chữa bệnh.** Quy trình chuyên môn chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh Basedow. 11
2. **Hứa Cẩn Quý, Ngô Nghệ Quân, Thịnh Văn, Chu Tú Anh, Lã Phàm.** Mối tương quan giữa các yếu tố ảnh hưởng lên thị giác trên bệnh nhãn khoa có liên quan tới tuyến giáp. Tạp chí khoa học và nhãn khoa Trung Quốc. 2013; 015 (002): P.98-1031 1
3. **Hà Kim Sâm, Tôn Khắc Hưng, Ngụy Kiến Tử, Vương Tính.** Nghiên cứu lâm sàng về châm cứu trong điều trị bệnh mắt liên quan tới cường giáp. Học báo học viện Trung y Phúc Kiến. 2001. 11(4): 23
4. **Bartalena L, Baldeschi L, Dickinson A, et al.** Consensus statement of the European Group on Graves' orbitopathy (EUGOGO) on management of GO. Eur J Endocrinol. 2008;158(3):273-285.
5. **Bartalena L, Kahaly GJ, Baldeschi L, et al.** The 2021 European Group on Graves' orbitopathy (EUGOGO) clinical practice guidelines for the medical management of Graves' orbitopathy. Eur J Endocrinol. 2021;185(4):G43-G67.
6. **Bartley GB, Fatourechi V, Kadrmas EF, et al.** Clinical features of Graves' ophthalmopathy in an incidence cohort. Am J Ophthalmol. 1996;121(3):284-290.
7. **Kalmann R, Mourits MP.** Late recurrence of unilateral graves orbitopathy on the contralateral side. Am J Ophthalmol. 2002;133(5):727-729.
8. **Pfeilschifter J, Ziegler R.** Smoking and endocrine ophthalmopathy: impact of smoking severity and current vs lifetime cigarette consumption. Clin Endocrinol (Oxf). 1996;45(4):477-481.
9. **Prummel MF, Bakker A, Wiersinga WM, et al.** Multi-center study on the characteristics and treatment strategies of patients with Graves' orbitopathy: the first European Group on Graves' Orbitopathy experience. Eur J Endocrinol. 2003;148(5):491-495.
10. **Wiersinga WM, Bartalena L.** Epidemiology and prevention of Graves' ophthalmopathy. Thyroid Off J Am Thyroid Assoc. 2002;12(10):855-860.

KẾT QUẢ GHÉP THẬN Ở BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ VÀ THẨM PHÂN PHÚC MẠC TRƯỚC MỔ GHÉP TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Trương Hoàng Minh[1], Trần Thanh Phong[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đa số các bệnh nhân (BN) được lọc máu: chạy thận nhân tạo (CTNT) hoặc thẩm phân phúc mạc (TPPM) trước ghép. **Mục tiêu**: khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sau ghép thận ở bệnh nhân CTNT và TPPM trước mổ tại Bệnh viện Nhân Dân 115. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả có so sánh 300 BN ghép thận từ người sống cho thận tại Bệnh viện Nhân Dân 115. **Kết quả:** Có 248 BN thực hiện CTNT và 52 BN thực hiện TPPM trước mổ ghép thận, tỉ lệ 4,76. Tuổi trung bình: 44,04 (CTNT) và 40,58 (TPPM). Giới: 70 nữ - 178 nam (CTNT) và 21 nữ - 31 nam (TPPM). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về: BMI, thời gian điều trị thay thế thận trước ghép, quan hệ huyết thống, số lần mổ ghép thận, lượng nước tiểu trươc ghép, dung tích bàng quang, các bệnh kết hợp ở hai nhóm bệnh nhân CTNT và TPPM trước mổ. Nhóm CTNT nhận thận trái từ người hiến nhiều hơn nhóm TPPM với p< 0,05. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ chậm hồi phục chức năng thận (delayed graft function: DGF) , nhiễm trùng niệu, thuyên tắc tĩnh mạch, biến chứng sau ghép và tỉ lệ sống còn tại thời điểm 1 năm sau ghép giữa 2 nhóm. **Kết luận:** Không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa 2 nhóm BN được lọc máu trước ghép cũng như kết quả sau ghép thận.

Từ khóa: CTNT, TPPM và ghép thận.

SUMMARY

RENAL TRANSPLANT OUTCOMES IN PERITONEAL AND HEMODIALYSIS

[1]*Bệnh viện Nhân Dân 115*
Chịu trách nhiệm chính: Trương Hoàng Minh
Email: hoangminhbvnd115@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2022
Ngày phản biện khoa học: 28.10.2022
Ngày duyệt bài: 4.11.2022

PATIENTS AT 115 PEOPLE'S HOSPITAL

Background: The majority of patients received hemodialysis (HD) or peritoneal dialysis (PD) pre-transplant. **Objective**: to investigate clinical, paraclinical characteristics and outcomes after kidney transplantation in patients with HD and PD before surgery at 115 People's Hospital. **Materials and Methods:** Comparative retrospective description of 300 kidney transplant recipients from living donors at 115 People's Hospital. **Results:** There were 248 patients who performed HD and 52 patients who performed PD before kidney transplant surgery with the rate is 4.76. The recipient have mean age of recipie: 44.04 (HD) and 40.58 (PD), Gender: 70 female - 178 male (HD) and 21 female - 31 male (PD). There was no statistically significant difference in: BMI, duration of pre-transplant renal replacement therapy, blood relationship, number of kidney transplant operations, pre-transplant urine output, bladder capacity, comorbidities in two groups of patients with HD and PD before surgery. The HD group received more left kidney from the donor than the PD group with p<0.05. There was no statistically significant difference in delayed graft function (DGF), urinary tract infection, venous thromboembolism, post-transplant complications and survival at 1 year after transplantation between 2 groups. **Conclusions:** There was no difference in clinical and paraclinical characteristics between the 2 groups of patients undergoing dialysis before transplantation as well as the outcomes after kidney transplantation.

Keywords: Renal transplantation, Peritoneal Dialysis, Hemodialysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một trong 3 mô thức điều trị thay thế thận mang lại hiệu quả và chất lượng cuộc sống tốt nhất cho người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối [1] . Tại Việt Nam, tỉ lệ bệnh nhân suy thận mạn (STM) giai đoạn cuối được ghép thận đã gia tăng trong những năm gần đây, tuy nhiên số bệnh nhân chờ ghép thận vẫn nhiều. Đa số các bệnh nhân phải thực hiện lọc máu trước ghép: chạy thận nhân tạo (CTNT) hoặc thẩm phân phúc mạc (TPPM). Câu hỏi đặt ra là lựa chọn phương pháp lọc máu nào có lợi cho bệnh nhân sau ghép thận?. Đay là lý do chúng tôi thực hiện đề tài " Kết quả ghép thận ở bệnh nhân CTNT và TPPM trước mổ ghép thận tại Bệnh viện Nhân Dân 115" với mục tiêu:

- *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân STM giai đoạn cuối được CTNT và TPPM trước mổ ghép thận tại BVND 115.*

- *Nhận xét kết quả sớm ghép thận ở 2 nhóm bệnh nhân CTNT và TPPM trước mổ thông qua tỉ lệ sống còn thận ghép và các tai biến – biến chứng sớm sau mổ ghép thận*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng:** Tất cả các bệnh nhân được ghép thận từ 2-2004 đến tháng 8-2020.

*Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt ca có so sánh.

***Phương pháp nghiên cứu:**

- Việc thực hiện ghép thận được thực hiện theo quy trình ghép thận của Bệnh viện Nhân Dân 115 dựa trên quy trình ghép thận của Bộ y tế năm 2022.

- Hồi cứu hồ sơ bệnh án (kể cả bệnh án theo dõi) các bệnh nhân được ghép thận từ 2-2004 đến tháng 8-2020 tại BVND 115, chia 2 nhóm CTNT và TPPM trước mổ ghép thận

- Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân trước mổ, kết quả sau mổ ghép thận ngay tại bàn mổ, hậu phẫu và thời điểm 1 năm sau ghép. Tỉ lệ tai biến-biến chứng ngoại khoa, hoại tử ống thận cấp, thải ghép và sống còn thận ghép tại thời điểm 1 năm sau ghép.

- Xử lý số liệu với phần mềm SPSS 16.0, biến số định tính được trình bày dưới tỉ lệ %, biến số định lượng trình bày dưới dạng số trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh với các phép kiểm phù hợp với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p< 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua hồi cứu 300 bệnh nhân được thực hiện ghép thận tại BVND 115,chúng tôi thu nhận kết quả có 248 BN (82,7%) CTNT và52 BN (17,3%) TPPM, tỉ lệ là 4,76 lần.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân STM giai đoạn cuối được CTNT và TPPM trước mổ ghép thận tại BVND 115

Bảng 1. Các thông số chung người nhận thận

Thông số		CTNT (N= 248)	TPPM (N= 52)	p
Tuổi trung bình (t)		44,04	40,58	0,054
Giới	Nữ	70 (28,2%)	21 (40,3%)	0,097
	Nam	178 (71,8%)	31 (59,7%)	
BMI	TB	195 (78,6%)	40 (77,0%)	0,829
	Gầy	31 (12,5%)	6 (11,5%	
	Béo	22 (8,9%)	6 (11,5%)	
Thời gian điều trị thay thế thận (năm)		2,065 ±2,333	2,221 ±1,582	0,371
Quan hệ	Không HT	225 (90,8%)	48 (92,4%)	0,137

	Có HT	23 (9,2%)	4 (7,6%)	
Mổ ghép thận	Lần đầu	236 (95,2%)	51 (98,1%)	0,348
	Lần hai	12 (4,8%)	1 (1,9%)	
Nước tiểu trước ghép (ml/24h)		314,8 ±470,2	387,5 ±487,8	0,315
Dung tích BQ	Bé	22 (8,87%)	6 (11,53%)	0,599
	Bình thường	226 (91,13%)	46 (88,47%)	

Bảng 2. Các bệnh kết hợp người nhận thận

Bệnh kết hợp	CTNT (N= 248)	TPPM (N= 52)	p
Không có bệnh kết hợp	33 (13,3%)	6 (11,5%)	P>0,05
THA	185 (74,6%)	39 (75,0%)	
TĐ	1 (0,4%)	0 (0%)	
THA + TĐ	9 (3,6%)	3 (5,7%)	
THA+TĐ+Viêm gan C	6 (2,4%)	1 (1,9%)	
THA + Viêm gan C	11 (4,4%)	2 (3,8%)	
THA / TBMMN	2 (0,8%)	0 (0%)	
THA + Lao phổi + Viêm gan B	1 (0,4%)	1 (1,9%)	

Bảng 3. Thông số người hiến thận

Thông số người hiến thận		CTNT (N= 248)	TPPM (N=52)	p
Tuổi trung bình		29,61 ± 7,65	28,63 ± 5,81	0,387
Giới	Nữ	59 (23,7%)	17 (32,6%)	0,219
	Nam	189 (76,3%)	35 (67,4%)	
Bên lấy thận	Trái	183 (73,7%)	28 (53,8%)	0,004
	Phải	65 (26,3%)	24 (46,2%)	
Thời gian thiếu máu nóng (giây)		91,99 ± 48,21	109,29 ± 73,71	0,035
Số lượng ĐM	1 ĐM	228 (91,9%)	45 (86,5%)	0,282
	≥ 2 ĐM	20 (8,1%)	7 (13,5%)	

3.2. Kết quả ghép thận ở nhóm bệnh nhân CTNT và TPPM trước mổ ghép thận

3.2.1. Kết quả sớm

Bảng 4. Các thông số kết quả sớm

Các thông số kết quả		CTNT (N=248)	TPPM (N=52)	p
Nước tiểu tại bàn	Có	242	52	0,595
	Không có (delay)	6 (,4%)	(0%)	
Creatinin/HT lúc ra viện mg/dl		0,92 ± 0,21	0,87 ± 0,17	0,824
Biến chứng ngoại khoa	Không có	242 (97,5%)	51 (98,1%)	0,468
	Mạch máu	1 (0,4%)	1 (1,9%)	
	Niệu khoa	3 (1,2%)	0 (0%)	
	Lymphocel	2 (0,8%)	0 (0%)	
Nhiễm khuẩn niệu	Không	231 (93 2%)	4 (94,3%)	0,775
	Có	17 (6,8%)	3 (5,7%)	
Biến chứng nội khoa	Không có	229 (92,4%)	51 (98,1%)	0,218
	TG tối cấp	1 (0,4%)	0 (0%)	
	TG cấp	16 (6,4%)	1 (1,9%)	
	Hoại tử ỐTC	2 (0,8%)	0 (0%)	

3.2.2. Kết quả 1 năm sau ghép

Thông số kết quả	CTNT (N=248)	TPPM (N=52)	p
Sống còn 1 năm	245 (98,79%)	51 (98,07%)	0,672
Creatinin /HT	1,02 ± 0,57	0,97 ± 0,43	0,375
Biến chứng ngoại khoa	1 Lymphocel	0	>0,05
Biến chứng nội khoa	2 thải ghép cấp, 1 BC tim mạch	1 thải ghép	>0,05

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân STM giai đoạn cuối được CTNT và TPPM trước mổ ghép thận tại BVND 115

Ghép thận đã được chứng minh là mô thức điều trị thay thế thận hiệu quả nhất cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. Ghép thận đón đầu có kết quả rất tốt, là lý tưởng cho bệnh

nhân nhưng có tỉ lệ rất thấp nên đa số các bệnh nhân chờ ghép thận phải lọc máu trước ghép (CTNT hoặc TPPM) [1],[4]. Nguy cơ của các bệnh nhân CTNT có thể gặp như: mắc các bệnh lây qua đường máu như viêm gan, tình trạng thiếu máu do mất máu qua mỗi chu kỳ chạy thận, tình trạng nước tiểu nhanh chóng suy giảm, bàng quang thường có dung tích bé. Ngược lại, TPPM có vẻ cải thiện hơn các vấn đề nêu trên nhưng nguy cơ nhiễm trùng do viêm phúc mạc…Tuy nhiên, phần nhiều bệnh nhân STM giai đoạn cuối khi nhập viện thường lựa chọn CTNT [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 82,7% bệnh nhân CTNT trước ghép, chỉ có 17,3% bệnh nhân theo TPPM, tỉ lệ CTNT/TPPM là 4,76 lần. Tỉ lệ này cũng khác biệt ở các quốc gia, ở Mỹ số BN theo CTNT là đa số [1] thì một số quốc gia châu Á có ti lệ BN theo TPPM cao hơn [1]. Nghiên cứu của Jon J Snyder & cs thì tỉ lệ BN ghép thận ở nhóm TPPM cao hơn CTNT [3]. Nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về: Tuổi, giới, BMI, thời gian điều trị thay thế thận trước ghép, quan hệ huyết thống, số lần mổ ghép thận, lượng nước tiểu trươc ghép, dung tích bàng quang, các bệnh kết hợp ở hai nhóm bệnh nhân CTNT và TPPM trước mổ. Ở người hiến thận thì lấy thận trái ghép cho đối tượng CTNT là nhiều hơn nhóm hiến cho BN làm TPPM (p<0,05).

4.2. Kết quả ghép thận ở nhóm bệnh nhân CTNT và TPPM trước mổ ghép thận

Một số tác giả cho rằng ghép thận ở BN được TPPM có tỉ lệ chậm hồi phục chức năng thận ghép (delayed graft function) thấp hơn nhóm CTNT [3], [9]. Chậm hồi phục chức năng thận ghép được định nghĩa là cần lọc máu trong vòng 7 ngày sau khi ghép thận [7]. Nguyên nhân suy thận ghép sớm, tác giả Jon J Snyder cho rằng thuyên tắc mạch ở nhóm TPPM là 41% so với nhóm CTNT là 30% với p< 0,05 [3].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ chậm hồi phục chức năng thận ghép ở nhóm CTNT là 6/248 BN (2,4%) so với 0/52 BN (0%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Siedlecki A tỉ lệ này chung cho các BN ghép thận là 21,3% [7]. Theo nghiên cứu gộp của Deepika Jain thì tỉ lệ DGF và tử vong do tim mạch ở nhóm TPPM là thấp hơn nhóm CTNT [1]. Tuy nhiên đa số các tác giả lại cho rằng CTNT và TPPM không ảnh hưởng đến sống còn thận ghép [2],[3],[8].

Chức năng thận ở thời điểm xuất viện và 1 năm sau ghép trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Nhiễm khuẩn niệu 17/248 BN (6,8%) so với 3/52 BN (5,7%) với p>0,05. Theo Deepika Jain thì nguy cơ biến chứng nhiễm trùng ở nhóm TPPM là cao hơn nhóm CTNT trước ghép [1]. Chúng tôi ghi nhận có 2 BN có biến chứng mạch máu (thuyên tắc tĩnh mạch) chia đều ở 2 nhóm. Theo nghiên cứu gộp của Deepika Jain thì tỉ lệ huyết khối ở nhóm TPPM là nhiều hơn nhóm CTNT [7].

Biến chứng nội khoa có 19/248 BN (7,6%) ở nhóm CTNT so với 1/52 BN (1,9%) với p>0,05. Các biến chứng này chủ yếu là thải ghép cấp. Nghiên cứu của Miklos Z.M kết luận TPPM có tỉ lệ tử vong thấp hơn nhóm CTNT nhưng tỉ lệ mất mảnh ghép và chậm hồi phục chức năng thận ghép thì tương đương [5].

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm nhân chủng học trước ghép không có sự khác biệt giữa 2 nhóm CTNT và TPPM. Nhóm CTNT được ghép từ thận trái người hiến cao hơn nhóm TPPM với p<0,05.

- Không có sự khác biệt về DGF, tỉ lệ nhiễm khuẩn niệu, huyết khối thận ghép và các biến chứng cũng như tỉ lệ sống còn tại thời điểm 1 năm sau ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Deepika Jain, Danny B Haddad, and Narender Goel,** "Choice of dialysis modality prior to kidney transplantation: Does it matter?" , World J Nephrol. 2019 Jan 21; 8(1): 1–10
2. **Helal I., G I., Hamida F and Kheder A,** " Impact of dialysis modality on kidney transplantation outcomes", Journal of Biomedical Science and Engineering, 2015, 8,p.67-72
3. **Jon J Snyder , Bertram L Kasiske, David T Gilbertson et al,** "A comparison of transplant outcomes in peritoneal and hemodialysis patients", Kidney In, 2002 ;62(4); p.1423-30
4. **Kasiske BL, Snyder JJ, Matas AJ et al.** "Preemptive kidney transplantation: the advantage and the advantaged". J Am Soc Nephrol. 2002;13:1358–1364
5. **Miklos Z Molnar , Rajnish Mehrotra, Uyen Duong et al,** "Dialysis modality and outcomes in kidney transplant recipients", Clin J Am Soc Nephrol, 2012;7(2):p. 332-41.
6. **Resende L et al,** "Influence of dialysis duration and modality on kidney transplant outcomes", Transplant Proc, 2009, 41(3), p.837-9
7. **Siedlecki A, Irish W, Brennan DC.** "Delayed graft function in the kidney transplant". Am J Transplant. 2011;11:2279–2296.
8. **Tang M., Li T and Liu H,** "A comparision of transplant outcomes in Peritoneal and Hemodialysis patients: A Meta – Analysis", Blood Purif, 2016, 42(2), p.170-6
9. **Thierry Lobbedez, Angélique Lecouf, Odette Abbadie et al,** "Peritoneal dialysis and renal transplantation", Contrib Nephrol, 2009;163; p.250-256.