

## NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN PHI ĐẠI THẤT TRÁI Ở BỆNH NHÂN THẨM PHÂN PHỨC MẠC

Dương Văn Phiếu\*, Nguyễn Như Nghĩa

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: dvphieu.ctump@gmail.com

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Biến chứng tim mạch là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong trên bệnh nhân thẩm phân phúc mạc (TPPM) [5]. Phi đại thất trái (PĐTT) thường gặp ở bệnh nhân lọc máu định kỳ và là yếu tố nguy cơ độc lập tiên lượng tỉ lệ tử vong. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả và so sánh tỷ lệ, một số yếu tố liên quan đến phi đại thất trái ở bệnh nhân thẩm phân phúc mạc và thận nhân tạo (TNT). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có so sánh với nhóm chứng trên 148 bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, thời gian lọc máu định kỳ  $\geq 3$  tháng tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, trong đó có 74 bệnh nhân TPPM và 74 bệnh nhân TNT (nhóm chứng). **Kết quả:** Tỷ lệ PĐTT ở bệnh nhân TPPM là 86,5% (90,6% là PĐTT đồng tâm, 9,4% là PĐTT lệch tâm) tương đương với nhóm chứng (TNT) là 90,5% (86,6% là PĐTT đồng tâm, 13,4% là PĐTT lệch tâm). Chỉ số khối cơ thất trái (LVMI) ở bệnh nhân TPPM có mối tương quan thuận với thời gian lọc máu ( $r=0,2$ ), huyết áp tâm thu ( $r=0,54$ ), huyết áp tâm trương ( $r=0,419$ ) và tương quan nghịch với Hb ( $r=-0,363$ ), thể tích nước tiểu 24 giờ ( $r=-0,448$ ) trong phân tích đơn biến. Trên mô hình hồi quy logistic đa biến, mất chức năng thận tồn dư (CNTTD) là yếu tố nguy cơ độc lập của PĐTT ở bệnh nhân TPPM. Không có sự khác biệt về các yếu tố liên quan đến PĐTT giữa nhóm bệnh nhân TPPM và nhóm chứng (TNT) ( $p<0,05$ ). **Kết luận:** PĐTT ở bệnh nhân TPPM và TNT chiếm tỷ lệ cao, tương đương nhau; không có sự khác biệt về một số yếu tố liên quan đến PĐTT ở hai nhóm. Mất CNTTD là yếu tố nguy cơ độc lập của PĐTT ở bệnh nhân TPPM.

**Từ khóa:** Phi đại thất trái, thẩm phân phúc mạc.

### ABSTRACT

## THE PREVALENCE AND SOME RELATED FACTORS TO LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY IN PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS

Duong Van Phieu\*, Nguyen Nhu Nghia

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Cardiovascular complications are the main cause of mortality in peritoneal dialysis (PD)[5]. Left ventricular hypertrophy (LVH) is common in dialysis patients and an independent predictor of mortality. **Objective:** To describe and compare percentages, some related factors to LVH in PD patients and hemodialysis (HD) patients. **Materials and methods:** A controlled, descriptive cross-sectional study on 148 patients  $\geq 18$  years old, duration of dialysis  $\geq 3$  months at Can Tho General Hospital, including 74 PD patients and 74 HD patients (control group). **Results:** The percentage of LVH in the group of patients on PD was 86.5% (90.6% as concentric hypertrophy, 9.4% as eccentric hypertrophy) similar to the control group (HD) was 90.5% (86.6% as concentric hypertrophy, 13.4% as eccentric hypertrophy). Left ventricular mass index (LVMI) of patient PD had positive correlation with duration of dialysis ( $r=0.2$ ), systolic blood pressure ( $r=0.54$ ), diastolic blood pressure ( $r=0.419$ ) and negative correlated with Hb ( $r=-0.363$ ), urine 24-hour volume ( $r=-0.448$ ) in univariate analysis. In multivariable logistic analysis, loss of residual renal function was an independent risk factor for LVH in PD patients. There was no difference in factors related to left ventricular hypertrophy between peritoneal dialysis patients and the control group (HD) ( $p<0.05$ ). **Conclusions:** LVH high percentage in PD and HD patients, similar; there is no difference in factors related to LVH in two group. In PD patients, loss of residual renal function is an independent risk factor for LVH.

**Keyword:** Left ventricular hypertrophy, peritoneal dialysis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim mạch là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối và bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu định kỳ [8]. Biến chứng tim mạch là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong trên bệnh nhân thẩm phân phúc mạc (TPPM) [5]. Phi đại thất trái (PĐTT) thường gặp ở bệnh nhân lọc máu định kỳ và là yếu tố nguy cơ độc lập tiên lượng tỉ lệ tử vong [6]. Tại khu vực đồng bằng Sông Cửu Long, chưa có nhiều nghiên cứu để tìm hiểu về các biến chứng tim mạch trên bệnh nhân thẩm phân phúc mạc, đặc biệt là phi đại thất trái. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Mô tả và so sánh tỷ lệ, các yếu tố liên quan đến phi đại thất trái ở bệnh nhân thẩm phân phúc mạc và nhóm chứng (thận nhân tạo).

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 74 bệnh nhân thẩm phân phúc mạc ngoại trú và 74 bệnh nhân lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo (TNT), tuổi  $\geq 18$ , thời gian lọc máu  $\geq 3$  tháng tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

#### - Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối đang thẩm phân phúc mạc ngoại trú  $\geq 3$  tháng.

+ Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối đang chạy thận nhân tạo định kỳ 3 lần/tuần (9-12 giờ/tuần), thời gian lọc máu  $\geq 3$  tháng.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### - Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cấp tính như: nhiễm trùng nặng, hội chứng vành cấp, suy tim cấp, nhồi máu não, xuất huyết não, xuất huyết tiêu hóa nặng...

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có so sánh với nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

+ Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ, công thức tính:

$$n = Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu ước lượng

Z: là trị số phân phối chuẩn, với mức ý nghĩa  $\alpha=5\%$  nên  $Z_{1-\alpha/2}=1,96$

d: là sai số cho phép của nghiên cứu, chọn sai số d của nghiên cứu là 5%

p: là tỷ lệ bệnh nhân thẩm phân phúc mạc có phi đại thất trái, theo nghiên cứu của Wang và cộng sự (2007), chúng tôi chọn  $p=0,95$  [2]. Áp dụng công thức trên tính được  $n=73$ . Chúng tôi chọn cỡ mẫu nghiên cứu là  $n=74$  bệnh nhân thẩm phân phúc mạc. Đồng thời ở nhóm chứng, chúng tôi chọn được 74 bệnh nhân TNT với tỷ lệ 1 bệnh: 1 chứng.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Mô tả đặc điểm chung về lâm sàng của của nhóm bệnh nhân TPPM và nhóm chứng.

+ Tỷ lệ và phân loại PĐTT ở nhóm bệnh nhân TPPM và nhóm chứng.

+ So sánh một số đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng nhóm PĐTT và không PĐTT ở bệnh nhân TPPM.

+ Phân tích mối tương quan giữa một số yếu tố liên quan và PĐTT ở bệnh nhân TPPM.

+ So sánh các yếu tố liên quan đến PĐTT ở nhóm bệnh nhân có phì đại thất trái TPPM và nhóm chứng.

Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

+ Khối lượng cơ thất trái (LVM) được tính theo công thức

$$LVM (g) = 0,8 \times 1,04 \times [(LVDd+IVSd+LVPWd)^3 - LVDd^3] + 0,6$$

Trong đó: LVDd: đường kính thất trái cuối thì tâm trương; LVDs: đường kính thất trái cuối thì tâm thu; IVSd: độ dày vách liên thất thì tâm trương; IVSs: độ dày vách liên thất thì tâm thu; LVPWd: độ dày thành sau thất trái ở cuối thì tâm trương; LVPWs: độ dày thành sau thất trái ở cuối thì tâm thu.

+ Chỉ số khối cơ thất trái (LVMI) được tính theo công thức:  $LVMI (g/m^2) = LVM(g)/BSA(m^2)$ , trong đó BSA là diện tích da của cơ thể, được tính theo công thức:  $BSA (m^2) = \text{cân nặng (kg)}^{0,425} \times \text{chiều cao (cm)}^{0,725} \times 0,007184$ .

+ Phì đại thất trái được xác định khi  $LVMI > 131 g/m^2$  ở bệnh nhân nam và  $LVMI > 100 g/m^2$  ở bệnh nhân nữ theo tiêu chuẩn Framingham [7].

+ Độ dày thành tương đối (RWT) được tính theo công thức:  $RWT = 2 \times LVPWd / LVDd$ .

+ Phân loại phì đại thất trái: phì đại thất trái đồng tâm khi có phì đại thất trái và  $RWT \geq 0,42$ ; phì đại thất trái lệch tâm khi có phì đại thất trái và  $RWT < 0,42$ .

+ Mật chức năng thận tồn dư khi thể tích nước tiểu  $\leq 200ml/24$  giờ [4].

+ Thể tích dịch dư/ngày được tính bằng: [(tổng lượng dịch dẫn lưu ra sau khi ngâm) - (tổng lượng dịch cho vào khoang ổ bụng)] trong cả ngày (cộng tổng sau 4 lần ngâm dịch).

### - Phương tiện nghiên cứu và phương pháp xử lý số liệu:

Sử dụng thông tin và kết quả xét nghiệm từ hồ sơ bệnh án theo mẫu thu thập số liệu. Xử lý số liệu dựa trên phần mềm SPSS 18.0 để phân tích số liệu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 148 bệnh nhân được nhận vào nghiên cứu với kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung về lâm sàng của nhóm bệnh nhân thâm phân phúc mạc và nhóm chứng (thận nhân tạo)

Lâm sàng	TPPM (n=74)	Nhóm chứng (TNT) (n=74)	p
Tuổi	45,80±13,74	49,61±9,84	p=0,055
Giới			
Nam	47,3% (35/74)	50% (37/74)	p=0,742
Nữ	52,7% (39/74)	50% (37/74)	
Thời gian lọc máu	41,18±27,05	41,73±28,47	p=0,904
Đái tháo đường	23% (17/74)	21,6% (16/74)	p=0,843

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới, thời gian lọc máu, tỷ lệ mắc đái tháo đường giữa nhóm bệnh nhân TPPM và nhóm chứng (TNT) ( $p < 0,05$ )

Bảng 2. Tỷ lệ và phân loại phì đại thất trái ở nhóm bệnh nhân thâm phân phức mạc và nhóm chứng (thận nhân tạo)

	TPPM	Nhóm chứng (TNT)	P
Phì đại thất trái	86,5% (64/74)	90,5% (67/74)	p = 0,439
Phân loại phì đại thất trái			
Phì đại đồng tâm	90,6% (58/64)	86,6% (58/67)	p = 0,466
Phì đại lệch tâm	9,4% (6/64)	13,4% (9/67)	

Nhận xét: Tỷ lệ PĐTT ở nhóm TPPM là 86,5%, trong khi đó ở nhóm TNT là 90,5%. Tỷ lệ PĐTT không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm bệnh nhân TPPM và TNT (p=0,439). Về phân loại PĐTT của 2 nhóm, ở nhóm bệnh nhân TPPM, phì đại đồng tâm chiếm tỉ lệ 90,6%, còn lại phì đại lệch tâm chiếm 9,4%; ; trong đó ở nhóm bệnh nhân TNT, phì đại đồng tâm chiếm tỉ lệ 86,6%, còn lại phì đại lệch tâm chiếm 13,4%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ phì đại đồng tâm cũng như phì đại lệch tâm giữa 2 nhóm TPPM và TNT (p=0,466).

Bảng 3. Một số đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng nhóm phì đại thất trái và không phì đại thất trái ở bệnh nhân thâm phân phức mạc

Thông số		PĐTT (n=64)	Không PĐTT (n=10)	p
Lâm sàng	Tuổi (năm)	46,7±13,25	40±16,07	p=0,153
	Thời gian lọc máu (tháng)	43,38±27,76	26,60±15,57	p=0,012
	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	22,02±4,3	20,77±2,68	p=0,38
	HA tâm thu (mmHg)	143,59±19,05	113±14,18	p<0,001
	HA tâm trương (mmHg)	84,06±9,54	68±6,32	p<0,001
	Mất CNTTD (%)	75% (48/64)	10% (1/10)	p<0,001
	Thể tích dịch dư/ngày (L)	0,84±0,4	0,74±0,28	p=0,43
	Đái tháo đường (%)	21,9 %	30%	p=0,687
Huyết học và sinh hóa máu	Hemoglobin (g/dL)	9,53±1,31	10,59±1,25	p=0,019
	Albumin (g/L)	30,53±4,57	30,8±2,48	p=0,785
	Cholesterol (mmol/L)	4,64±1,25	3,31±0,28	p<0,001
	Triglycerid (mmol/L)	1,89±1,15	1,49±0,46	p=0,282
	HDLc (mmol/L)	1,15±0,22	1,14±0,31	p=0,9
	LDLc (mmol/L)	3,02±1,11	2,2±0,32	p<0,001
Siêu âm tim	LVMI (g/m <sup>2</sup> )	187,77±62,17	95,64±21,58	p<0,001
	EF (%)	61,96±9,68	62,28±7,73	p=0,922
Thể tích nước tiểu 24 giờ (L)*		34,41	57,25	p=0,001

\*Thể tích nước tiểu 24 giờ phân phối không chuẩn

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh nhân phì đại thất trái và nhóm bệnh nhân không phì đại thất trái ở các biến: thời gian lọc máu, huyết áp (HA) tâm thu, HA tâm trương, mất chức năng thận tồn dư (CNTTD), hemoglobin (Hb), thể tích nước tiểu 24 giờ, cholesterol, LDLc, chỉ số khối cơ thất trái (LVMI). Trong đó: Thời gian lọc máu, HA tâm thu, HA tâm trương, mất CNTTD, Cholesterol, LDLc, LVMI ở nhóm phì đại thất trái cao hơn nhóm không phì đại thất trái (p<0,05); Hb, thể tích nước tiểu 24 giờ ở nhóm phì đại thất trái thấp hơn nhóm không phì đại thất trái (p<0,05).

Bảng 4. Mối tương quan giữa LVMI với các yếu tố khác biệt giữa nhóm có phì đại thất trái và không phì đại thất trái ở bệnh nhân thâm phân phức mạc

	Chỉ số khối cơ thất trái LVMI (g/m <sup>2</sup> )	
	r	P
Thời gian lọc máu	0,2	p<0,001
HA tâm thu	0,54	p<0,001
HA tâm trương	0,419	p<0,001
Hemoglobin	-0,363	p=0,001
Cholesterol	-0,086	p=0,467
LDLc	-0,048	p=0,684
Thể tích nước tiểu 24 giờ	-0,448	p<0,001

Nhận xét: Có mối tương quan mạnh giữa LVMI với HA tâm thu (r=0,54; p<0,001), mối tương quan ở mức trung bình giữa LVMI với HA tâm trương (r=0,419; p<0,001), thể tích nước tiểu 24 giờ (r=-0,448, p<0,001) và Hb (r=- 0,363; p=0,001); mối tương quan ở mức yếu giữa LVMI với thời gian lọc máu (r=0,2; p<0,001).

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến phì đại thất trái ở bệnh nhân thâm phân phức mạc

Hồi quy Logistics	Hồi quy đơn biến			Hồi quy đa biến
	OR	Khoảng tin cậy 95%	p	P của từng yếu tố
Thời gian lọc máu	1,03	0,997-1,064	0,072	0,859
HA tâm thu	1,119	1,045-1,199	0,001	0,142
HA tâm trương	1,228	1,094-1,378	0,001	0,862
Hb	0,546	0,319-0,934	0,027	0,894
Mất CNTTĐ	0,037	0,004-0,315	0,003	0,033

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic đa biến, mất CNTTĐ là yếu tố nguy cơ độc lập cho phì đại thất trái ở bệnh nhân thâm phân phức mạc (p<0,05).

Bảng 6. So sánh các yếu tố liên quan đến phì đại thất trái ở nhóm bệnh nhân thâm phân phức mạc và nhóm chứng (thận nhân tạo) có phì đại thất trái

Các yếu tố liên quan	TPPM (n=64)	TNT (n=67)	P
Thời gian lọc máu	43,45±27,83	43,49±29,18	p=0,994
HA tâm thu	103,9±11,67	103,01±8,16	p=0,613
HA tâm trương	84,06±9,54	84,33±7,82	p=0,862
Hb	9,53±1,31	9,07±1,63	p=0,086
Mất CNTTĐ	75% (48/64)	85,1% (57/67)	p=0,148

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các yếu tố liên quan đến phì đại thất trái (như bảng trên) ở bệnh nhân TPPM và nhóm chứng (TNT) (p<0,05).

#### IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ PĐTT trong nghiên cứu của chúng tôi là 86,5% ở nhóm bệnh nhân TPPM và 90,5% ở nhóm bệnh nhân TNT (nhóm chứng), trong đó phì đại đồng tâm chiếm tỷ lệ cao hơn phì đại lệch tâm ở cả hai nhóm; phân tích so sánh cho thấy tỷ lệ PĐTT giữa nhóm TPPM và TNT không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê (p=0,439). Khi so sánh với các nghiên cứu khác sử dụng tiêu chuẩn Framingham trong chẩn đoán PĐTT trên bệnh nhân lọc máu định kỳ chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân PĐTT khá cao. Nghiên cứu của Enia và cs trên 201 bệnh nhân TPPM và 51 bệnh nhân TNT ghi nhận tỷ lệ PĐTT trên nhóm bệnh nhân TPPM là

86% cao hơn nhóm bệnh nhân TNT là 62% ( $p < 0,01$ ), trong đó phi đại đồng tâm chiếm đa số cả 2 nhóm; cỡ mẫu nhận vào nghiên cứu của hai nhóm là không tương đồng, tuổi trung bình nhóm bệnh nhân TNT là  $59 \pm 15$  thấp hơn nhóm bệnh nhân TPPM là  $66 \pm 16$  ( $p < 0,05$ ) và thời gian lọc máu khác biệt giữa hai nhóm, điều này khác với nghiên cứu chúng tôi nên có thể giải thích tỷ lệ PĐTT giữa hai nhóm trong nghiên cứu của họ có sự khác biệt. Tuy nhiên, tỷ lệ PĐTT ở bệnh nhân TPPM của Enia và cs là tương đương với nghiên cứu của chúng tôi [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương cũng ghi nhận tỷ lệ PĐTT trên bệnh nhân TPPM khá cao là 79,9% [1].

Khi so sánh giữa 2 nhóm có PĐTT và không có PĐTT trên bệnh nhân TPPM chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian lọc máu, HA tâm thu, HA tâm trương, mắt CNTTĐ, Hb, thể tích nước tiểu 24 giờ, Cholesterol, LDLc, LVMI. Chúng tôi ghi nhận có mối tương quan giữa LVMI ở bệnh nhân TPPM với thời gian lọc máu ( $r = 0,2$ ;  $p < 0,001$ ), HA tâm thu ( $r = 0,509$ ;  $p < 0,001$ ), HA tâm trương ( $r = 0,419$ ;  $p < 0,001$ ), Hb ( $r = -0,363$ ;  $p = 0,001$ ), thể tích nước tiểu 24 giờ ( $r = -0,448$ ,  $p < 0,001$ ) trong phân tích đơn biến.

Khi phân tích logistic đa biến trên bệnh nhân TPPM, chúng tôi ghi nhận mắt CNTTĐ là yếu tố nguy cơ độc lập của PĐTT. Nhiều nghiên cứu cũng ghi nhận có mối liên quan giữa CNTTĐ và PĐTT ở bệnh nhân TPPM. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương ghi nhận mắt CNTTĐ là yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng nguy cơ PĐTT lên 1,36 lần (tương tự nghiên cứu của chúng tôi) [1]. Wang và cs nghiên cứu về PĐTT và các yếu tố nguy cơ trên 231 bệnh nhân TPPM, kết quả cho thấy chức năng thận tồn dư liên quan độc lập với LVMI; tác giả kết luận rằng tình trạng viêm, chức năng thận tồn dư và PĐTT liên quan với nhau và cùng gây ra tỷ lệ tử vong và tử vong do tim mạch tăng lên ở bệnh nhân TPPM [9]. Woo và cs nghiên cứu về mối liên quan giữa độ nặng của PĐTT và CNTTĐ ở 158 bệnh nhân TPPM. Tác giả kết luận rằng thiếu máu và giảm albumin máu, CNTTĐ có mối liên quan với mức độ PĐTT ở bệnh nhân TPPM [10].

## V. KẾT LUẬN

Phi đại thất trái ở bệnh nhân thẩm phân phúc mạc chiếm tỷ lệ cao. Tỷ lệ phi đại thất trái ở nhóm bệnh nhân thẩm phân phúc mạc và thận nhân tạo (nhóm chứng) là tương đương nhau, không có sự khác biệt về các yếu tố liên quan đến phi đại thất trái ở hai nhóm. Chỉ số khối cơ thất trái ở bệnh nhân thẩm phân phúc mạc có mối tương quan với thời gian lọc máu, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, hemoglobin, thể tích nước tiểu 24 giờ. Trên mô hình hồi quy logistic đa biến, mắt chức năng thận tồn dư là yếu tố nguy cơ độc lập của phi đại thất trái ở bệnh nhân thẩm phân phúc mạc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hương (2015), Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến chức năng thất trái và các thông số huyết động ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. AYM Wang and et al. (2007), Epidemiology of cardiovascular problems in Chinese continuous ambulatory peritoneal dialysis patients: prevalence, severity, and risk factors, *Hong Kong Med J*, 13(2), pp.33-6.
3. Enia and et al. (2001), Long-term CAPD patients are volume expanded and display more severe left ventricular hypertrophy than haemodialysis patients, *Nephrology Dialysis Transplantation*, 16(7), pp.1459-1464.
4. Kalender, B., & Eren, N. (2013), The Association with Cardiovascular Events and Residual Renal Function in Peritoneal Dialysis, *IntechOpen*.

5. Locatelli F, Covic A, Chazot C and et al. (2000), Hypertension and cardiovascular risk assessment in dialysis patients, *Nephrol Dial Transplant*, 15, pp.69-80.
6. London, G. M., Guerin, A. P., & Marchais, S. J. (1994), Pathophysiology of left ventricular hypertrophy in dialysis patients, *Blood Purification*, 12(4-5), pp.277-283.
7. Savage, D. D., Garrison, R. J., Kannel, W. B., Levy, D., Anderson, S. J., Stokes, J. 3., ... & Castelli, W. P. (1987), The spectrum of left ventricular hypertrophy in a general population sample: the Framingham Study, *Circulation*, 75(1 Pt 2), 126-33.
8. Thompson S, James M, Wiebe N, Hemmelgarn B, Manns B, Klarenbach S, et al. (2015), Cause of death in patients with reduced kidney function, *J Am Soc Nephrol*, 26 (10), pp.2504-2511.
9. Wang and et al. (2004), Inflammation, residual kidney function, and cardiac hypertrophy are interrelated and combine adversely to enhance mortality and cardiovascular death risk of peritoneal dialysis patients, *Journal of the American Society of Nephrology*, 15(8), pp.2186-2194.
10. Woo and et al. (2002), A novel association between residual renal function and left ventricular hypertrophy in peritoneal dialysis patients, *Kidney international*, 62 (2), 639-647.

(Ngày nhận bài: 22/3/2022 – Ngày duyệt đăng: 17/5/2022)

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH X QUANG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN BẰNG NẸP KHÓA MÓC

Trần Khắc Duy\*, Nguyễn Thành Tân

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: bskduy@gmail.com

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Trật khớp cùng đôn (TKCD) là một trong những tổn thương phổ biến sau chấn thương vùng vai, tuy nhiên chưa có sự đồng thuận trong điều trị bảo tồn cũng như lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật nắn chỉnh cố định bằng nẹp khóa móc được ghi nhận mang lại hiệu quả trong điều trị trật khớp cùng đôn cấp, tuy nhiên có ít công trình nghiên cứu đánh giá kết quả của phương pháp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả điều trị trật khớp cùng đôn cấp bằng nẹp khóa móc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu trên 35 bệnh nhân TKCD độ III trở lên theo phân độ Rockwood được phẫu thuật bằng nẹp khóa móc tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020-2022. Chúng tôi ghi nhận các đặc điểm chung bệnh nhân, đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả sau mổ. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 35 bệnh nhân (26 nam/9 nữ) với độ tuổi trung bình là 44,2±8,7. Trật khớp cùng đôn cấp độ III và V gần như tương đương. Thời gian phẫu thuật trung bình gần 60 phút. Kết quả nắn chỉnh khớp đạt 100%. Kết quả chức năng theo thang điểm Constant-Murley tăng từ 54,8±4,2 thời điểm trước mổ lên 88,5±3,8 sau 6 tháng, mức độ Constant-Murley đạt 100% tốt và rất tốt. Mức độ hài lòng của bệnh nhân với 77,1% rất hài lòng và 22,9% hài lòng. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị trật khớp cùng đôn cấp bằng nẹp khóa móc cho hiệu quả điều trị rất khả quan, khả năng nắn khớp và phục hồi chức năng tốt.

**Từ khóa:** Trật khớp cùng đôn, nẹp khóa móc.