

cấp cứu để kiểm soát tình trạng chảy máu đang diễn ra do trĩ. Biến chứng hay gặp nhất sau thắt trĩ là đau, chảy máu, tình trạng này có thể kéo dài trong vài ngày đến một tuần hoặc lâu hơn sau khi thực hiện thủ thuật. Nghiên cứu của chúng tôi còn nhiều hạn chế về cỡ mẫu cũng như theo dõi người bệnh về lâu dài (6 tháng, 1 năm,...). Do nguồn lực còn hạn chế nên bước đầu chúng tôi nhận xét về thắt trĩ bằng vòng cao su bước đầu là có hiệu quả, ít biến chứng và có khả năng hồi phục nhanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hollingshead JR, Phillips RK.** Haemorrhoids: modern diagnosis and treatment. *Postgrad Med J.* Jan 2016;92(1083): 4-8. doi:10.1136/postgradmedj-2015-133328
2. **Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Ngọc Ánh.** Tình hình bệnh trĩ trong cộng đồng và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;529(1B): 387-391. doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v529i1B.6422>
3. **Lohsiriwat V.** Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management. *World J Gastroenterol.* May 7 2012;18(17):2009-17. doi:10.3748/wjg.v18.i17.2009
4. **El Nakeeb AM, Fikry AA, Omar WH, et al.** Rubber band ligation for 750 cases of symptomatic hemorrhoids out of 2200 cases. *World J Gastroenterol.* Nov 14 2008;14(42):6525-30. doi:10.3748/wjg.14.6525
5. **Nagaraj SV, Mori A, Reddy M.** Association of Hemorrhoid Vascular Injuries with Cigarette Smoking-An Evaluation with Interesting Prospects. *Surg J (N Y).* Oct 2019;5(4):e172-e176. doi:10.1055/s-0039-1700497
6. **Gehamy RA, Weakley FL.** Internal hemorrhoidectomy by elastic ligation. *Dis Colon Rectum.* May-Jun 1974;17(3):347-53. doi:10.1007/BF02586979
7. **Iyer VS, Shrier I, Gordon PH.** Long-term outcome of rubber band ligation for symptomatic primary and recurrent internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum.* Aug 2004;47(8):1364-70. doi:10.1007/s10350-004-0591-2
8. **Watson NF, Liptrott S, Maxwell-Armstrong CA.** A prospective audit of early pain and patient satisfaction following out-patient band ligation of haemorrhoids. *Ann R Coll Surg Engl.* May 2006; 88(3): 275-9. doi:10.1308/003588406X98649

VAI TRÒ CỦA KHOẢNG AH KHI TẠO NHỊP NHĨ CÙNG TẦN SỐ VỚI CƠN TIM NHANH TRONG CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH CƠN TIM NHANH DO VÒNG VÀO LẠI NÚT NHĨ THẤT

Phạm Trần Linh¹, Vũ Huy Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát khoảng AH trong cơn tim nhanh trên thất và khi tạo nhịp nhĩ cùng tần số với cơn tim nhanh và tìm hiểu vai trò của sự khác nhau về khoảng AH trong chẩn đoán xác định cơn tim nhanh kịch phát trên thất do vòng vào lại nút nhĩ thất. **Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 41 bệnh nhân được chẩn đoán cơn tim nhanh kịch phát trên thất được thăm dò điện sinh lý để chẩn đoán xác định, điều trị RF thành công ở Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 10 năm 2023. Các bệnh nhân được thăm dò điện sinh lý và kích thích tim theo chương trình gây được cơn tim nhanh trên thất. Sau khi được thực hiện các nghiệm pháp để xác định chẩn đoán cơ chế CTNKPTT, chúng tôi thực hiện nghiệm pháp tạo nhịp nhĩ cùng tần số với cơn tim nhanh, khoảng AH trong cơn tim nhanh và khoảng AH khi tạo nhịp nhĩ cùng tần số cơn được đo tại điện đồ của điện cực His. **Kết quả:** Chỉ số ΔAH rất có giá trị trong chẩn đoán

phân biệt giữa cơn AVNRT và nhóm cơn gồm AT + AVRT với diện tích dưới đường cong là 1, điểm cắt được chọn là 44.5ms với độ nhạy là 100% và độ đặc hiệu là 100%. **Từ khóa:** Điện sinh lý tim, nhịp nhanh trên thất, tạo nhịp tim

SUMMARY

THE ROLE OF THE AH INTERVAL WHILE ATRIAL PACING MANEUVER AT THE SAME CYCLE LENGTH AS TACHYCARDIA IN DIAGNOSING THE MECHANISM OF ATRIOVENTRICULAR NODAL REENTRY TACHYCARDIA

Objectives: To investigate the AH interval during supraventricular tachycardia and during atrial pacing at the tachycardia cycle length to understand the role of the differences in AH intervals in confirming the diagnosis of atrioventricular nodal reentry tachycardia. **Methods:** 41 patients diagnosed with supraventricular tachycardia who underwent electrophysiology studies to confirm the diagnosis followed by successful RF treatment at the Vietnam Heart Institute - Bach Mai Hospital from July 2022 to October 2023. All patients underwent electrophysiology studies and programmed heart stimulation to induce supraventricular tachycardia. After confirming the diagnosis of the tachycardia mechanism, atrial pacing maneuver were performed at the same cycle length as the

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trần Linh

Email: ptlinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

tachycardia, measuring AH intervals during tachycardia and during atrial pacing. These intervals were recorded on the electrogram of the His bundle. **Results:** The ΔAH index is valuable in differentiating between AVNRT and the group of AT + AVRT, with an area under the curve of 1. The selected cutoff point is 44.5ms, with sensitivity and specificity both at 100%.

Keywords: electrophysiology, supraventricular tachycardia, pacing maneuver

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ tim nhanh kịch phát trên thất (CTNKPTT) là một phân nhóm của cơ nhịp nhanh trên thất được đặc trưng bởi tính chất cơ tim nhanh, đều, phức bộ QRS hẹp, khởi phát và kết thúc đột ngột. Cơ tim nhanh vào lại nút nhĩ thất (AVNRT), cơ tim nhanh vào lại nhĩ thất (AVRT) và cơ tim nhanh nhĩ (AT) là 3 dạng thường gặp nhất của cơ tim nhanh kịch phát trên thất chiếm tỷ lệ lần lượt là 60%, 30% và 10%.¹ Can thiệp triệt đốt CTNKPTT là phương pháp điều trị có tỷ lệ thành công cao, ít biến chứng, tỷ lệ tái phát thấp, do đó hầu hết các khuyến cáo hiện nay đều ưu tiên sử dụng phương pháp thăm dò điện sinh lý và can thiệp để triệt đốt các cơ tim nhanh này bằng năng lượng tần số radio (RF) qua đường ống thông.^{2,3}

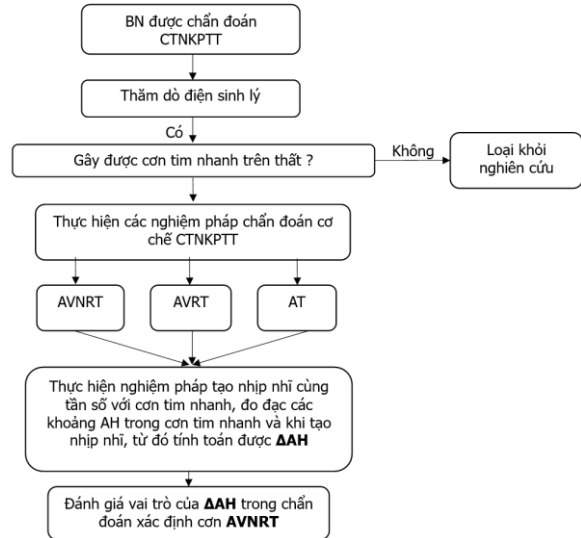
Để có thể triệt đốt thành công cần xác định được cơ chế của CTNKPTT thông qua lâm sàng, cận lâm sàng, và đặc biệt là thăm dò điện sinh lý. Hiện nay, nhiều nghiệm pháp kích thích đã được thực hiện trong hoặc ngoài cơ tim nhanh để chẩn đoán phân biệt cơ chế cơ tim nhanh bao gồm: kích thích thất, kích thích cạnh His, kích thích nhĩ, kích thích thất trong thời kì trở của His...⁴⁻⁶ Tại Việt Nam, chúng ta chưa có nghiên cứu nào về việc áp dụng các nghiệm pháp kích thích nhĩ, đặc biệt là nghiệm pháp tạo nhịp nhĩ cùng tần số với cơ tim nhanh để đánh giá khoảng AH trong cơ và khi tạo nhịp, cũng như vai trò của sự khác biệt khoảng AH giữa hai thời điểm này trong phân biệt cơ chế cơ tim nhanh kịch phát trên thất. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm hiểu vai trò của sự khác nhau về khoảng AH trong chẩn đoán cơ chế cơ tim nhanh kịch phát trên thất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 41 bệnh nhân được chẩn đoán cơ tim nhanh kịch phát trên thất được thăm dò điện sinh lý để chẩn đoán xác định, điều trị RF thành công ở Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 10 năm 2023.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

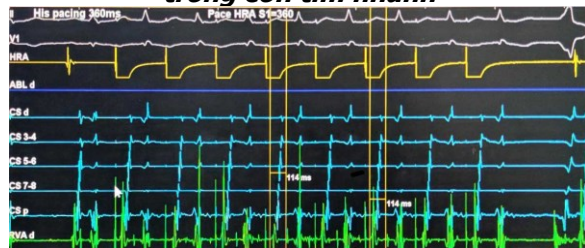
Sơ đồ nghiên cứu:



Nghiệm pháp tạo nhịp nhĩ cùng tần số với cơ tim nhanh được tiến hành khi bệnh nhân đang ở nhịp xoang. Điện cực ở vùng cao nhĩ phải được sử dụng để tạo nhịp nhĩ tại vị trí vùng cao của nhĩ phải với độ dài chu kì bằng đúng với độ dài chu kì (cycle length) của cơ tim nhanh. Khoảng AH được xác định từ khởi đầu sóng nhĩ tới khởi đầu sóng His trên điện đồ của điện cực His. Đo các khoảng AH trong cơ tim nhanh và khoảng AH khi tạo nhịp nhĩ cùng tần số với cơ tim nhanh. Từ đó xác định giá trị $\Delta AH = |A_sH_s - A_tH_t|$ (A_sH_s là khoảng AH khi tạo nhịp nhĩ, A_tH_t là khoảng AH trong cơ tim nhanh)



Hình 2.1. Minh họa cách đo khoảng AH trong cơ tim nhanh



Hình 2.2. Minh họa cách đo khoảng AH khi tạo nhịp nhĩ bằng tần số với cơ tim nhanh

Phân tích thống kê: Các số liệu được nhập, quản lý và xử lý theo thuật toán thống kê bằng phần mềm Excel 2016, SPSS20

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

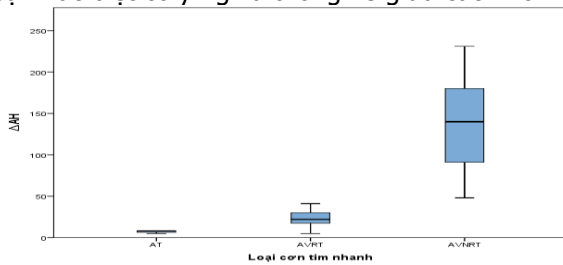
Đặc điểm bệnh nhân: Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 51±15 tuổi, trong đó nhóm cơn AT có độ tuổi trung bình lớn nhất 58±5 tuổi. Về cơ chế gây CTNKPTT, cơn AT chiếm tỉ lệ nhỏ nhất với 4 bệnh nhân tương ứng 9.76%, cơn AVNRT thường gặp nhất với 22 bệnh nhân tương ứng tỉ lệ 53.66%, còn lại là 15 bệnh nhân AVRT chiếm tỉ lệ 36.59%.

Các chỉ số nghiên cứu

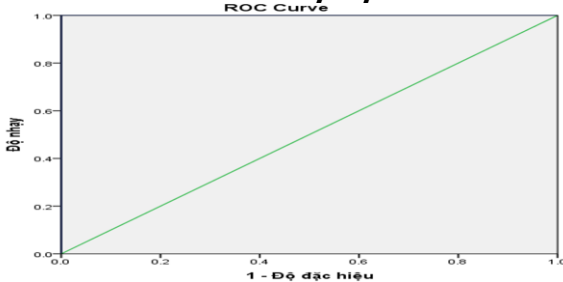
Bảng 3.1. Khoảng AH trong cơn tim nhanh và khi tạo nhịp nhĩ ở các nhóm cơn tim nhanh

Chỉ số	AT (n=4)	AVRT (n=15)	AVNRT (n=22)	P
AH trong cơn (ms)	104.8 ±27.6	189.5 ±41.6	121.0 ±49.8	<0.05
AH khi tạo nhịp (ms)	104.0 ±29.1	201.7 ±32.2	260.7 ±45.8	<0.05
ΔAH (ms)	7.3 ±1.5	23.1 ±9.5	139.7 ±50.1	<0.05

Có thể thấy ΔAH là lớn nhất ở cơn AVNRT với giá trị là 139.7±50.1ms, còn ΔAH ở nhóm AVRT là 23.1±9.5ms và nhóm AT là 7.3±1.5ms, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm.



Biểu đồ 3.1. Phân bố giá trị ΔAH theo từng nhóm cơn tim nhanh kích phát trên thất



Biểu đồ 3.2. Đường cong ROC của giá trị ΔAH trong chẩn đoán phân biệt cơn AVNRT với nhóm cơn AVRT + AT

Có thể thấy, chỉ số ΔAH có giá trị rất cao trong chẩn đoán phân biệt cơn AVNRT với nhóm cơn AVRT + AT, với diện tích dưới đường cong là 1 (p=0.000). Điểm cắt được chọn là 44.5ms với độ nhạy là 100% và độ đặc hiệu là 100%.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy chỉ số ΔAH với điểm cắt là 44.5ms có thể được ứng dụng trong thăm dò điện sinh lý để chẩn đoán phân biệt giữa các cơ chế gây CTNKPTT thường gặp nhất, trong đó đặc biệt có ý nghĩa trong việc phân biệt cơn AVNRT với nhóm cơn gồm AVRT và AT.

Cơ sở cho sự khác biệt về ΔAH giữa cơn AVNRT với nhóm cơn gồm AVRT và AT có thể là như sau: trong cơn AVNRT, tâm nhĩ và bó His được khử cực bởi 2 xung động đồng thời và ngược chiều, còn khi tạo nhịp nhĩ thì tâm nhĩ và bó His được khử cực tuần tự bởi một xung động xuôi chiều từ trên xuống, dẫn đến sự khác biệt về khoảng AH. Ngược lại ở nhóm cơn AT và cơn AVRT, ở cả trong cơn tim nhanh và khi tạo nhịp nhĩ, xung động đều khử cực tâm nhĩ và bó His một cách tuần tự từ trên xuống dưới nên khác biệt về khoảng AH là không lớn.

So với các nghiệm pháp kích thích thất, một trong những ưu điểm nổi trội của phương pháp tạo nhịp nhĩ cùng tần số với cơn tim nhanh chính là được thực hiện trong lúc nhịp xoang, trong khi một số nghiệm pháp entrainment thất thất trong cơn tim nhanh để tìm các giá trị như PPI-TCL, StA-VA, một trong những yêu cầu bắt buộc để thực hiện được nghiệm pháp đó là việc cơn tim nhanh tiếp tục ngay sau entrainment chứ không bị cắt cơn. Điều này tỏ ra tương đối khó khăn trong một số trường hợp có cơn quá ngắn hoặc quá dễ tự cắt cơn.

Ngoài ra, nghiệm pháp tạo nhịp nhĩ bằng tần số cơn tim nhanh còn có ưu điểm là có thể dùng để phân biệt giữa cơn AVNRT và cơn AT, trong khi nghiệm pháp tạo nhịp ở thất ví dụ như kích thích thất sớm ở thời kì trơ của bó His thường chỉ có thể chẩn đoán phân biệt AVNRT với AVRT hoặc xác định sự có mặt của đường dẫn truyền phụ nhĩ-thất.

Tuy nhiên, nghiệm pháp của chúng tôi cũng có những nhược điểm nhất định. Đặc biệt phải kể đến những trường hợp bệnh nhân xuất hiện hiện tượng Wenckebach dẫn truyền nhĩ thất hoặc thậm chí là block dẫn truyền nhĩ thất khi tạo nhịp nhĩ cùng tần số với cơn tim nhanh, khiến cho việc đánh giá chính xác khoảng AH khi tạo nhịp nhĩ là không thể.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số ΔAH với điểm cắt là 44.5ms có thể được ứng dụng trong thăm dò điện sinh lý để chẩn đoán phân biệt cơn AVNRT với nhóm cơn gồm AVRT và AT, giúp cho việc chẩn đoán xác định cơn AVNRT dễ dàng hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baliga RR, Eagle KA, eds.** Practical Cardiology: Evaluation and Treatment of Common Cardiovascular Disorders. Springer International Publishing; 2020. doi:10.1007/978-3-030-28328-5
2. **Page RL, Joglar JA, Caldwell MA, et al.** 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia: Executive Summary.
3. **Brugada J, Katritsis DG, Arbelo E, et al.** 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2020; 41(5): 655-720. doi:10.1093/eurheartj/ehz467
4. **Quần TH, Hiếu NL, Giang TS.** Nghiên cứu giá trị của chỉ số PPI - TCL và SA - VA trong chẩn đoán phân biệt cơn nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất và cơn nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất. Tạp Chí Tim Mạch Học Việt Nam số 86. 2019.
5. **Nghĩa PT, Giang TS, Ngọc NTM.** Giá trị của nghiệm pháp kích thích thất sớm ở thời kỳ trở của bó His trong chẩn đoán phân biệt cơn nhịp nhanh kích phát trên thất. Tạp Chí Tim Mạch Học Việt Nam số 90. 2019.
6. **Kiên HT, Ngọc NV, Hiếu NT, et al.** Giá trị của phương pháp kích thích thất cạnh His trong chẩn đoán cơ chế dẫn truyền ngược thất - nhĩ. Tạp Chí Tim Mạch Học Việt Nam số 94+95. 2021.
7. **Andrade J.** Clinical Cardiac Electrophysiology Handbook. Cardiotext Publishing; 2016.
8. **Man KC, Niebauer M, Daoud E, et al.** Comparison of Atrial-His Intervals During Tachycardia and Atrial Pacing in Patients with Long RP Tachycardia. J Cardiovasc Electrophysiol. 1995; 6(9): 700-710. doi:10.1111/j.1540-8167.1995.tb00446.x

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NGOẠI KHOA - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2023

Quế Anh Trâm¹, Trần Thị Lê Na¹, Phan Thị Lua²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh được phẫu thuật chấn thương sọ não (CTSN) tại khoa Hồi sức tích cực Ngoại khoa, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân sau phẫu thuật CTSN được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Ngoại khoa, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2023 - 07/2023. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 57 bệnh nhân có độ tuổi từ 13 - 87 tuổi, trong đó đa số bệnh nhân thuộc nhóm trên 50 tuổi (40,4%). Bệnh nhân nam giới chiếm 79,0%, cao gấp 3,8 lần so với nữ giới (21,0%). Nguyên nhân chủ yếu gây CTSN là tai nạn giao thông (TNGT) (70,0%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu của bệnh nhân trước phẫu thuật là rối loạn tri giác (61,4%), đau đầu (33,3%), nôn mửa (31,6%). Tại thời điểm chuyển khoa, 100% bệnh nhân không còn dấu hiệu nôn mửa, chảy máu tử trong tai, bầm tím quanh mắt nhưng số bệnh nhân đau đầu do hậu phẫu tăng lên 38,6%. Trước và sau phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân bị liệt không thay đổi (7,0% bệnh nhân liệt 1/2 người). Trước phẫu thuật, đồng tử 2 bên không giãn và PXAS (+) chiếm 86% và tăng lên 100% tại thời điểm chuyển ra khỏi khoa. **Kết luận:** CTSN

thường gặp ở người bệnh trên 50 tuổi, phần lớn là nam giới. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh tương đối đa dạng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BRAIN INJURY SURGERY AT THE SURGICAL INTENSIVE CARE DEPARTMENT - NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2023

Objective: The study was conducted to describe the clinical characteristics of patients undergoing traumatic brain injury surgery at the Department of Surgical Intensive Care, Nghe An General Friendship Hospital in 2023. **Subjects and methods:** All patients after TBI surgery are treated at the Department of Surgical Intensive Care, Nghe An General Friendship Hospital from January 2023 - July 2023. Research design: Cross-sectional descriptive study. **Results:** The study included 57 patients from 13 to 87 years old, of which the majority of patients were over 50 years old (40.4%). Male patients accounted for 79.0%, 3.8 times higher than female patients (21.0%). The main cause of TBI is traffic accidents (70.0%). The main clinical symptoms of patients before surgery were mental disorders (61.4%), headaches (33.3%), and vomiting (31.6%). At the time of leaving the department, there were no patients vomiting, bleeding from the ears, or bruising around the eyes, but the number of patients with post-operative headaches increased to 38.6%. Before and after surgery, the percentage of patients with paralysis did not change (7.0% of patients with half of their body paralyzed). Before surgery, the percentage

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Lua

Email: phanlua@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024