

năm 2013 (học viện quân y) thì kết quả tốt và rất tốt là 70%, George (2010) trong 38 BN đạt tốt và rất tốt là 84%

V. KẾT LUẬN

Gãy kín đầu dưới xương đùi là một gãy xương lớn và phức tạp, độ tuổi gặp thường là độ tuổi lao động nên nhu cầu phục hồi sớm về mặt giải phẫu và độ vững chắc sau phẫu thuật để bệnh nhân tập phục hồi chức năng sau mổ là rất quan trọng, kết quả cho thấy phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vis khóa có hỗ trợ màn hình tăng sáng mang lại hiệu quả hồi phục cao và sớm cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Lê Dân, Đoàn Việt Quân (1992), Xơ cứng duỗi gối ở người lớn, Nhà xuất bản y học, tr. 113 - 115
2. Mooney V., Nickel V. L., Harvey J.P and Snelson R. (1970), Cast brace treatment for fracture of the distal part of the femur. J.Bone & joint surg. 52A. p.1560.
3. Mize R.D., Bucholz R.W and Grogan D.P. (1982), Surgical treatment of displaced comminuted fractures of the distal end of the femur. J.Bone & joint surg. 64A, p.871.
4. Đoàn Lê Dân, Đoàn Việt Quân (1998), Xử trí gãy trên lồi cầu và liên lồi cầu xương đùi do tai nạn giao thông tại Bệnh viện Việt - Đức Hà Nội, Tạp chí Ngoại khoa số 6/1998, tr.9 - 17
5. Lê Quốc Huy (2003). Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy kín phạm khớp đầu dưới xương đùi người lớn tại bệnh viện Việt Đức. Đại học Y Hà Nội, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ CKII, tr 12 - 15.
6. Nguyễn Huy Thành (2009). Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín trên lồi cầu và liên lồi cầu xương đùi người lớn tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Trường Đại học Y Hà Nội, Luận văn thạc sỹ y học.
7. Mize R.D. (1989). Surgical management of complex fractures of the distal femur. Clin. Orthop 243, pp.115-128.
8. Akib Majed Khan,* Quen Oat Tang, and Dominic Spicer (2017). The Epidemiology of Adult Distal Femoral Shaft Fractures in a Central London Major Trauma Centre Over Five Years. Open Orthop J.
9. Dương Duy Thanh (2019). Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy đầu xa xương đùi ở người trưởng thành tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Trường Đại học Y Hà Nội, Luận văn thạc sỹ y học.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐIỆN SINH LÝ HỌC TIM Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG WOLFF - PARKINSON - WHITE CÓ CƠN RUNG NHỈ

Lê Sỹ Hiệu¹, Trần Song Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý tim ở bệnh nhân hội chứng WPW có cơn rung nhĩ và So sánh đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý tim ở bệnh nhân Wolff - Parkinson - White có và không có cơn rung nhĩ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành trong 49 đối tượng bao gồm 18 bệnh nhân có cơn rung nhĩ trên lâm sàng hoặc trong thăm dò điện sinh lý và 31 bệnh nhân mắc hội chứng Wolff - Parkinson - White. Các bệnh nhân được chọn phù hợp với yêu cầu nghiên cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu cho thấy trong nhóm rung nhĩ ở hội chứng WPW: tuổi thường gặp $49,2 \pm 15,6$ tuổi, nam chiếm tỷ lệ cao 72,3%, nhóm bệnh tim mạch kèm theo là THA, chức năng nút xoang và dẫn truyền trong tim bình thường, thời gian trở của đường phụ ngắn, chiều xuôi $247,7 \pm 29,0$, chiều ngược $279,0 \pm 24,0$ P < 0,05. Một đường phụ và vị trí bên phải là thường gặp ở nhóm có rung nhĩ. **Kết luận:** Giới tính nam, các bệnh kèm theo tăng huyết áp, cường giáp, thời gian trở của đường

dẫn truyền phụ ngắn có thể là các yếu tố có thể ảnh hưởng tới sự xuất hiện của rung nhĩ ở hội chứng WPW.

Từ khóa: Đường phụ, Rung nhĩ, Nhịp nhanh vào lại nhĩ thất, Điện sinh lý tim

Các từ viết tắt: AF: rung nhĩ, THA: tăng huyết áp WPW: hội chứng Wolff - Parkinson - White, tPHNX thời gian phục hồi nút xoang, tPHNXđ thời gian phục hồi nút xoang hiệu chỉnh, TGCKKT thời gian chu kỳ kích thích, TGTHQ thời gian trở hiệu quả.

SUMMARY

THE CLINICAL AND ELECTROPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH WPW SYNDROME WITH ATRIAL FIBRILLATION

Objectives: To describe the clinical and electrophysiological characteristics of patients with WPW syndrome with atrial fibrillation and to compare the clinical and electrophysiological characteristics of patients with Wolff - Parkinson - White with and without fibrillation. atrium. **Methods:** The study was conducted in 49 subjects, including 18 patients with atrial fibrillation in clinical or electrophysiological studies and 31 patients with Wolff - Parkinson - White syndrome. The patients were selected in accordance with the study requirements. **Research results:** The study showed that in the group of atrial fibrillation in WPW syndrome: common age was 49.2 ± 15.6 years

¹Bệnh viện Đa khoa Khu vực Ngọc Lặc

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Sỹ Hiệu

Email: hieutranghsc@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2021

Ngày duyệt bài: 23.11.2021

old, male accounted for a high rate of 83.3%, cardiovascular disease group was associated with hypertension, functional Sinus node function and intracardiac conduction were normal, the refractory time of the accessory pathway was short, forward 247.7 ± 29.0 , retrograde 279.0 ± 24.0 $P < 0.05$. An accessory pathway and a right-sided location were common in the group with atrial fibrillation.

Conclusions: Male sex, comorbidities with hypertension, hyperthyroidism, and short refractory duration of accessory conduction pathways may be factors that may influence the occurrence of atrial fibrillation in WPW syndrome.

Keywords: Accessory pathway, Atrial fibrillation, Atrioventricular re-entry tachycardia, Cardiac electrophysiology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Wolff – Parkinson – White (WPW) là một hội chứng do tồn tại bất thường của đường dẫn truyền phụ nối tắt từ tâm nhĩ xuống tâm thất, hậu quả là gây nên các rối loạn nhịp tim phức tạp. Bệnh đã được Wolff – Parkinson – White mô tả từ năm 1930. Mặc dù rối loạn nhịp nhanh vào lại nhĩ thất (AVRT) là dạng rối loạn nhịp thường gặp nhất (80%), nhưng nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng đột tử có thể là biểu hiện đầu tiên của hội chứng này.

Nguồn gốc của đột tử cũng đã được nhiều nghiên cứu chỉ ra là do rung nhĩ dẫn truyền 1:1 xuống thất gây rung thất¹. Theo các nghiên cứu tỷ lệ đột tử do tim ở bệnh nhân mắc hội chứng WPW thấp 0,25 – 0,39%². Mặc dù tỷ lệ đột tử thấp nhưng tỷ lệ mắc rung nhĩ ở hội chứng WPW khoảng 10 – 32%^{3,4} chiếm khoảng 1/3 số bệnh nhân mắc hội chứng WPW cũng là con số không nhỏ. Vậy câu hỏi đặt ra những yếu tố nào gây có

thể gây rung nhĩ ở bệnh nhân có hội chứng WPW? và yếu tố nào trên lâm sàng, cân lâm sàng gợi ý giúp chúng ta nhận biết được các yếu tố nguy cơ đó.

Trên thế giới cũng có một số tác giả nghiên cứu các yếu tố dự đoán nguy cơ rung nhĩ ở hội chứng WPW. Các yếu tố liên quan đến rung nhĩ ở hội chứng WPW bao gồm: tổn thương cơ nhĩ phụ thuộc và không phụ thuộc đường dẫn truyền phụ⁵, nam giới⁶, tốc độ của AVRT, nhiều đường phụ, vị trí của đường phụ cũng có vai trò dự đoán rung nhĩ⁶...vv.

Tại Việt Nam từ 1998 thăm dò điện sinh lý và triệt đốt đường dẫn truyền phụ bằng năng lượng sóng Radio đã được áp dụng để điều trị rối loạn nhịp tim, qua đó có nhiều nghiên cứu về điện sinh lý và điều trị hội chứng WPW. Một số tác giả nghiên cứu về rung nhĩ ở hội chứng WPW tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đưa ra các yếu tố dự báo sự xuất hiện của rung nhĩ, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2021 chúng tôi thu nhận được 18 bệnh nhân hội chứng Wolff – Parkinson – White có rung nhĩ thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn lựa và 31 bệnh nhân có hội chứng Wolff – Parkinson – White không có rung nhĩ. Tất cả các bệnh nhân đều được khai thác tiền sử bệnh, thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm và thăm dò điện sinh lý theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Kết quả thu được được xử lý trên phần mềm thống kê SPSS.20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Đặc điểm tuổi, giới	Hội chứng WPW có RN	Hội chứng WPW không có RN	P
Tuổi trung bình (Năm)	49,2 ± 15,6	40,7 ± 15,4	> 0,05
Giới tính	Nam	13 (72,3%)	< 0,05
	Nữ	5 (27,7%)	
Bệnh lý tim mạch kèm theo			
Tăng huyết áp	6 (33,3%)	3 (9,7%)	> 0,05
Bệnh mạch vành	0 (0,0%)	3 (9,7%)	
Bệnh van tim	0 (0,0%)	1 (3,2%)	
Cường giáp	1 (5,6%)	1 (3,2%)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $49,2 \pm 15,6$ tuổi, Nam giới là đối tượng thường gặp nhất trong nhóm có rung nhĩ, Bệnh tăng huyết áp là bệnh lý chiếm tỷ lệ cao trong nhóm có rung nhĩ 33,3%(6/18), và 5,6%(1/18) cường giáp.

Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng	Hội chứng WPW có rung nhĩ	Hội chứng WPW không rung nhĩ	P
Hồi hộp đánh trống ngực	17 (94,4%)	30 (96,8%)	> 0,05
Đau hoặc tức ngực	2 (11,1%)	8 (25,8%)	

Khó thở	2 (11,1%)	4 (12,9%)	
Choáng/chóng mặt/ngất	5 (27,8%)	2 (6,5%)	
Huyết áp (mmHg)	Tâm thu	135,0 ± 19,6	117,4 ± 14,0
	Tâm trương	73,3 ± 9,1	69,2 ± 14,6
Tần số tim khi nhịp xoang(Nhịp/phút)	80,7 ± 25,5	75,2 ± 13,8	> 0,05
Đặc điểm tần số tim và khoảng RR ngắn nhất trong cơn rung nhĩ			
Tần số thất (Nhịp/phút)	205 ± 47		
RR ngắn nhất(ms)	246 ± 40		

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất trong cả hai nhóm là hồi hộp trống ngực, trong nhóm bệnh nhân rung nhĩ 27,8% số bệnh nhân có triệu chứng choáng, ngất. Trong cơn rung nhĩ tần số thất trung bình trong nhóm 205 ± 47nhịp/phút, khoảng RR ngắn nhất 246 ± 40ms.

Kết quả thăm dò điện sinh lý tim

Bảng 3.7. Đo các khoảng thời gian chu kỳ cơ sở

Chỉ số	Hội chứng WPW có rung nhĩ	Hội chứng WPW không rung nhĩ	P	
PA (ms)	29,7 ± 4,9	30,9 ± 5,5	> 0,05	
AH (ms)	70,5 ± 9,9	70,5 ± 8,0		
HV (ms)	42,8 ± 10,1	46,3 ± 5,6		
QRS (ms)	124,7 ± 6,3	126,8 ± 14,4		
Thời gian phục hồi nút xoang và thời gian phục hồi nút xoang điều chỉnh				
tPHNX (ms)	207,4 ± 50,6	927,4 ± 119,3	> 0,05	
tPHNXđ (ms)	235,3 ± 152,4	215,0 ± 52,8	0,02	
Thời gian trơ cơ nhĩ và cơ thất				
Thời gian trơ hiệu quả cơ nhĩ (ms)	207,4 ± 50,6	234,6 ± 20,6	>0,05	
Thời gian trơ hiệu quả cơ thất (ms)	216,8 ± 39,0	227,6 ± 28,8		
Đặc điểm đường phụ				
TGCKKT gây block đường dẫn truyền phụ	Chiều xuôi (ms)	267,2 ± 137,7	272,6 ± 93,3	> 0,05
	Chiều ngược (ms)	271,7 ± 77,6	269,7 ± 70,6	
TGTHQ đường dẫn truyền phụ	Chiều xuôi (ms)	247,7 ± 29,0	298,4 ± 21,8	<0,05
	Chiều ngược (ms)	279,0 ± 24,0	251,4 ± 33,8	
Số lượng đường dẫn truyền phụ				
1 đường dẫn truyền phụ	17 (94,4%)	30 (96,8%)	> 0,05	
≥ 2 đường dẫn truyền phụ	1 (5,6%)	1 (3,2%)		
Vị trí đường dẫn truyền phụ				
Bên phải	8 (42,1%)	13 (40,6%)	> 0,05	
Bên trái	4 (21,1%)	11 (34,4%)		
Vùng vách	7 (36,8%)	8 (25,0%)		

Nhận xét: Các khoảng dẫn truyền trong tim trong giới hạn bình thường, thời gian phục hồi nút xoang trong giới hạn bình thường, thời gian trơ cơ nhĩ và cơ thất ngắn hơn ở nhóm có rung nhĩ, nhưng không có ý nghĩa thống kê $P > 0,05$. Không có sự khác nhau giữa thời gian kích thích gây block đường phụ, thời gian trơ đường phụ theo chiều xuôi ở nhóm có rung nhĩ ngắn hơn $247,7 \pm 29,0$ so với nhóm không có rung nhĩ $298,4 \pm 21,8$ $P < 0,05$. Cả hai nhóm đều có 1 đường dẫn truyền phụ chiếm tỷ lệ cao, vị trí thường gặp trong nhóm rung nhĩ là bên phải 42,1%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên nhóm đối tượng gồm 18 bệnh nhân WPW có rung nhĩ cơn (gồm 6 bệnh nhân có rung nhĩ cơn trên lâm sàng

và 12 bệnh nhân có rung nhĩ trong thăm dò điện sinh lý) và 31 bệnh nhân WPW không có rung nhĩ. Nghiên cứu cho thấy, độ tuổi trung bình ở nhóm WPW có rung nhĩ và không có rung nhĩ là 49,2 tuổi và 40,7 tuổi. Sự khác biệt về độ tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Về giới tính, nhóm có rung nhĩ gặp ở Nam nhiều hơn nữ (tỉ lệ 4:1) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Nghiên cứu cũng tương đồng với một số tác giả Debasis Acharya (Nam 72,5%)⁷, Longle Ma (Nam 81,2%)⁸... Theo chúng tôi sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về Hormon giữa Nam và nữ, mặt khác Nam giới cũng là đối tượng hay lạm dụng các chất kích thích dễ gây rối loạn nhịp tim hơn: Rượu, Cà phê, thuốc lá...vv.

Tăng huyết áp (THA), cường giáp là bệnh kèm theo thường gặp nhiều nhất ở cả 2 nhóm bệnh nhân. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng các bệnh lý như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, bệnh van tim... là các yếu tố làm gia tăng tỷ lệ rung nhĩ. Trong nghiên cứu của chúng tôi THA (33,3%), Cường giáp (5,6%) ở nhóm rung nhĩ WPW và WPW không rung nhĩ (9,7%), cường giáp (3,2%), Không gặp các bệnh cơ tim, bệnh van tim, Ebstein. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số tác giả trong và ngoài nước.

Trên lâm sàng, triệu chứng hồi hộp trống ngực là triệu chứng hay gặp nhất ở cả 2 nhóm bệnh nhân với tỷ lệ lần lượt là 94,4% nhóm có rung nhĩ và 96,8% nhóm không rung nhĩ. Bệnh nhân nhóm có rung nhĩ thường gặp các triệu chứng choáng, ngất (27,8%) hơn ở nhóm không có rung nhĩ, mặt khác chúng tôi ghi nhận trong cơn rung nhĩ tần số thất rất nhanh trung bình 205 ± 47 nhịp/phút, khoảng RR ngắn nhất 246 ± 40 ms đã nói lên độ nghiêm trọng của rung nhĩ ở WPW. Những triệu chứng như chóng mặt, choáng, ngất khi có cơn rung nhĩ nói lên tình trạng huyết động không ổn định và sẽ nguy hiểm nếu không được chẩn đoán, xử trí kịp thời. Tác giả Lawrence⁹ báo cáo kết quả nghiên cứu triệu chứng lâm sàng trên nhóm WPW có rung nhĩ gồm ngất (5/11 trường hợp), hồi hộp đánh trống ngực (5/11 trường hợp), choáng (1/11 trường hợp); đáng chú ý có một trường hợp ngừng tim.

Vai trò cụ thể của các đường dẫn truyền phụ nhĩ thất trong cơ chế bệnh sinh của AF đã được tranh cãi. Tuy nhiên một số nghiên cứu cũng đã chứng minh rằng tỷ lệ rung nhĩ giảm đi khi triệt đốt thành công đường phụ, điều đó nói lên vai trò nhất định trong cơ chế gây rung nhĩ ở hội chứng WPW. Thời gian trễ hiệu quả của đường phụ ngắn ở bệnh nhân AF cũng được đánh giá có sự gia tăng của AF, một phần nó cũng có vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh nhân, nhất là ở bệnh nhân AF, thời gian trễ đường phụ ngắn (<250ms) ở WPW có rung nhĩ, sẽ làm xung động điện sẽ gây đáp ứng tần số thất rất nhanh, làm tăng nguy cơ cho bệnh nhân như rối loạn huyết động, suy tim, nặng nhất là đột tử do rung thất. Trong nghiên cứu này thời gian trễ của đường phụ theo chiều xuôi $247 \pm 29,0$ ms và chiều ngược $279 \pm 24,0$ ms ngắn hơn so với bệnh nhân không có AF ($P < 0,05$).

Một số nghiên cứu chỉ ra rằng vị trí đường phụ có vai trò trong sự xuất hiện của rung nhĩ, vị trí thường gặp là bên trái⁶. Nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi vị trí thường gặp ở bên

phải, và không có sự khác biệt về vị trí của đường phụ giữa hai nhóm. Nghiên cứu cũng tương đồng với nghiên cứu của Longle Ma (Trung quốc)⁸. Hầu hết bệnh nhân AF lâm sàng có một đường phụ 17/18 bệnh nhân, chỉ có 1 bệnh nhân có hai đường phụ trong đó có một đường phụ ẩn. Theo các nghiên cứu tỷ lệ chung của AF ở những bệnh nhân có đường phụ ẩn là dưới 1%. Tuy nhiên một số tác giả cho thấy rằng nhiều đường phụ có liên quan tới sự xuất hiện rung nhĩ nhiều hơn⁶.

Nếu đường phụ nhĩ thất là yếu tố góp phần duy nhất của AF ở bệnh nhân WPW, thì việc loại bỏ đường phụ sẽ ngăn được AF ở tất cả bệnh nhân. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng tỷ lệ tái phát AF sau khi cắt bỏ đường phụ bằng catheter thành công là từ 9% đến 24%. Những dữ liệu này chỉ ra rằng cơ chế AF ở bệnh nhân WPW rất phức tạp; các đặc tính của đường phụ chỉ là một phần trong nhiều nguyên nhân tiềm ẩn của AF.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng giới tính nam, các bệnh đồng mắc như THA, cường giáp, thời gian trễ của đường phụ ngắn là những yếu tố có thể ảnh hưởng tới sự xuất hiện của rung nhĩ ở hội chứng WPW.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Santinelli V, Radinovic A, Manguso F, et al.** The natural history of asymptomatic ventricular pre-excitation a long-term prospective follow-up study of 184 asymptomatic children. *Journal of the American College of Cardiology*. Jan 20 2009; 53(3):275-80. doi:10.1016/j.jacc.2008.09.037
- Obeyesekere MN, Leong-Sit P, Massel D, et al.** Risk of arrhythmia and sudden death in patients with asymptomatic preexcitation: a meta-analysis. *Circulation*. May 15 2012;125(19):2308-15. doi:10.1161/circulationaha.111.055350
- Duckeck W, Kuck KH.** [Atrial fibrillation in Wolff-Parkinson-White syndrome. Development and therapy]. *Herz*. Feb 1993;18(1):60-6. Vorhofflimmern bei Wolff-Parkinson-White-Syndrom. Entstehung und Therapie.
- Al-Khatib SM, Arshad A, Balk EM, et al.** Risk Stratification for Arrhythmic Events in Patients With Asymptomatic Pre-Excitation: A Systematic Review for the 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. Apr 5 2016;133(14):e575-86. doi:10.1161/cir.0000000000000309
- Chen M, Feng X, Sun J, et al.** Risk factors responsible for atrial fibrillation development between symptomatic patients with concealed or

manifest atrioventricular accessory pathways. International journal of cardiology Heart & vasculature. Jun 1 2015;7:69-75. doi:10.1016/j.ijcha.2015.02.010

6. **Szumowski L, Orczykowski M, Derejko P, et al.** Predictors of the atrial fibrillation occurrence in patients with Wolff-Parkinson-White syndrome. Kardiologia polska. Sep 2009;67(9):973-8.
7. **Acharya D, Rane S, Bohora S, Kevadiya H.** Incidence, clinical, electrophysiological characteristics and outcomes of patients with Wolff-Parkinson-White syndrome and atrial fibrillation. Indian pacing and electrophysiology

journal. Jan-Feb 2020;20(1):3-7. doi:10.1016/j.ipej.2019.12.015

8. **Ma L, Li Y, Wang Y, Wang X, Kong J, Wang L.** Relationship between accessory pathway location and occurrence of atrial fibrillation in patients with atrioventricular re-entrant tachycardia. Experimental and clinical cardiology. Fall 2004;9(3):196-9.
9. **Waspe LE, Brodman R, Kim SG, Fisher JD.** Susceptibility to atrial fibrillation and ventricular tachyarrhythmia in the Wolff-Parkinson-White syndrome: role of the accessory pathway. American heart journal. 1986;112(6):1141-1152.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO TẠI BỆNH VIỆN K

Thái Nguyên Hưng*

TÓM TẮT

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) cao là một cấp cứu nội ngoại khoa chiếm khoảng 75,0% các trường hợp XHTH. Điều trị XHTH còn gặp nhiều khó khăn do bệnh nhân thường đến muộn, nhiều trường hợp mất máu nặng, huyết động không ổn định, sốc mất máu đòi hỏi vừa hồi sức, can thiệp và/hoặc phẫu thuật cấp cứu. Những năm gần đây tại bệnh viện K, số lượng bệnh nhân XHTH được cấp cứu ngày càng tăng. Bởi vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm của bệnh lý XHTH cao trên bệnh nhân ung thư và đánh giá kết quả xử trí phẫu thuật (PT) bệnh lý XHTH cao. **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả những bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán XHTH cao và được điều trị phẫu thuật tại khoa ngoại bụng 2, bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả. **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện K Trung ương. **Thời gian:** 1/2019-12/2020. **Kết quả nghiên cứu:** Có 28 BN, nam 23 (82,1%), nữ 5(17,9%). Tuổi trung bình: 61,0. Tỷ lệ loét dạ dày tá tràng (DD-TT), thủng ổ loét DD-TT cũ chiếm 50,0%. 17,8% sốc mất máu. Nôn máu và ỉa phân đen chiếm 35,7%. Ỉa phân đen: 64,3%. NSDD Forrest IA và IB chiếm 25,0%. Thiếu máu nặng 28,6%, thiếu máu vừa 28,6%, nhẹ 42,8%. Truyền máu ≥ 5 ĐV: 32,1% (9 BN), <5 ĐV: 50,0% (14 BN). Mổ cấp cứu 25,0%, cấp cứu trì hoãn 21,4%. **Tỷ lệ bệnh lý:** XHTH do UTDD: 78,6% (22/28), XHTH do loét HTT: 14,3% (4/28), XHTH do loét DD: 7,1% (2/28). Kết quả PT không có BN tử vong, 1 BN rò mật sau mổ điều trị nội. 1 BN tái XHTH sau mổ khâu cầm máu ổ loét HTT, nối vị tràng điều trị nội khoa bằng PPI. **Kết luận:** Bệnh lý XHTH cao tại BV K do ung thư dạ dày, loét dạ dày chảy máu, loét hành tá tràng chảy máu với tỷ lệ 78,6; 7,1; 18,3

trong đó tổn thương loét hành tá tràng thủng vào động mạch vị tá tràng là tổn thương nặng, gây sốc mất máu, can thiệp cầm máu qua NSDD có tỷ lệ thất bại cao, xử trí phẫu thuật khó khăn.

Từ khóa: Xuất huyết tiêu hóa cao.

SUMMARY

THE SURGICAL RESULTS OF UPPER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE IN K HOSPITAL

Upper gastrointestinal hemorrhage is medical and surgical urgency. In recent years, there are more patients hospitalized in the state of hypovolemic shock or instable hemodynamic state needed blood transfusion and intervention by urgent gastroscopy for hemostasis or emergency surgery. We therefore conduct our retrospective study aim at evaluating of the clinic features and surgical results of upper gastrointestinal hemorrhage patients in K hospital. **Patient and method:** Retrospective study. **Time:** 1/2019-12/2020. **Results:** 28 patients, male 23 (82,1%), female: 5(17,9%), mean age: 61,0. History of gastric-duodenal ulcer or perforation is 50,0%. Clinic: 17,8% in state of hypovolemic shock, hematemesis and melena in 35,7%, melena in 64,3%, Forrest IA-IB in 25,0%. Blood transfusion in 82,1%. Urgent operations performed in 25,0%, delayed urgent operation in 21,4%. Among them: 78,6% gastric bleeding cancer, 14,3% duodenal bleeding ulcer; 7,1% gastric bleeding ulcer. There is no death per and postoperation, 1 patient had bile leakage that stopped by continuous aspiration, 1 patient rebled post duodenal ulcer suture stopped by PPI continuous transfusion. We conclude that upper gastrointestinal hemorrhage in K hospital had the lesions of gastric bleeding cancer, gastric bleeding ulcer, duodenal bleeding ulcer with the proportion: 78,6%, 7,1%, 14,3% relatively. Of them, the most serious state are duodenal bleeding ulcer perforated to gastroduodenal artery that difficult to place Clip or injection for hemostasis by gastroscopy and to operate in the state of hypovolemic shock.

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2021

Ngày duyệt bài: 19.11.2021