

- population. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2013. 51(8): p. e205-e210.
3. **Nguyễn Mạnh Hà**, Đánh giá hiệu quả phẫu thuật ghép xương ổ răng ở bệnh nhân sau mổ tạo hình khe hở môi và vòm miệng toàn bộ. 2009, Đại học Y Hà Nội. p. 53-87
 4. **Bộ môn Da Liễu Học viện quân y (2008)**. Giáo trình bệnh da và hoa liễu, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, 15-56.
 5. **Bộ môn Da Liễu Trường Đại Học Y Hà Nội (2014)**. Bệnh học da liễu, Nhà xuất bản y học, 13-20.
 6. **Bộ môn Da Liễu Trường Đại Học Y Hà Nội (1992)**, Giáo trình bệnh da liễu, Nhà xuất bản y học, 7-14.

KHẢO SÁT BIẾN CHỨNG HUYẾT KHỐI TÍNH MẠCH SÂU TẠI VỊ TRÍ ĐƯỜNG VÀO MẠCH MÁU SAU THỦ THUẬT THĂM DÒ VÀ CAN THIỆP ĐIỆN SINH LÝ TIM

Phan Đình Phong¹, Nguyễn Tuấn Việt², Trịnh Đình Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thăm dò điện sinh lý tim (TDDSLT) và triệt đốt rối loạn nhịp tim (RLNT) bằng năng lượng sóng có tần số Radio qua đường ống thông là phương pháp chẩn đoán và điều trị hiệu quả các rối loạn nhịp tim. Tuy nhiên đặc thù là sử dụng nhiều đường vào mạch máu tại tĩnh mạch đùi hoặc động mạch đùi. Việc lưu ống thông trong suốt quá trình thủ thuật là yếu tố nguy cơ hình thành huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS). Nghiên cứu đánh giá tần suất và một số yếu tố nguy cơ biến chứng bằng siêu âm Doppler. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 144 bệnh nhân thực hiện thủ thuật theo dõi dọc 01 tháng tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thanh Hoá từ tháng 02 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022. Tất cả được siêu âm Doppler mạch máu thường quy trước, ngay sau thực hiện thủ thuật và khi tái khám sau 01 tháng để đánh giá và theo dõi biến cố huyết khối tĩnh mạch. **Kết quả nghiên cứu:** 144 bệnh nhân (tuổi trung bình $54,7 \pm 15,5$ với 87% là nữ giới thực hiện thủ thuật (thời gian trung bình $52,9 \pm 9,8$ phút). Biến chứng huyết khối tĩnh mạch xảy ra trên 10 bệnh nhân (6,9%). Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng giữa hai nhóm: nhóm sử dụng ≥ 02 sheaths và nhóm sử dụng 01 sheath. Các yếu tố: Tuổi, giới, BMI, đường kính tĩnh mạch trước khi thực hiện thủ thuật, việc sử dụng ≥ 01 sheath tại một vị trí tĩnh mạch đùi, thời gian thực hiện thủ thuật, công suất và nhiệt độ trung bình trong triệt đốt không ảnh hưởng đáng kể đến nguy cơ hình thành huyết khối tĩnh mạch sâu sau thực hiện thủ thuật.

Từ khóa: Huyết khối tĩnh mạch sâu, đường vào mạch máu, thăm dò can thiệp điện sinh lý tim.

SUMMARY

DEEP VEIN THROMBOSIS AFTER CARDIAC ELECTROPHYSIOLOGICAL STUDY AND

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đình Phong

Email: phong.vtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.6.2023

Ngày duyệt bài: 12.7.2023

RADIOFREQUENCY CATHETER ABLATION

Aims: Cardiac electrophysiological study and radiofrequency catheter ablation are established methods for assessment and treatment for arrhythmia. Multiple intracardiac catheters are often necessary for electrophysiological study (EPS) and radiofrequency (RF) ablation therapy. Therefore, multiple venous sheath placement in one femoral vein is always required for multiple intracardiac catheter insertion. Presence of the catheter in the vein increases the risk of blood clot formation, especially deep venous thrombosis. The vascular complications incurred by placement of multiple sheaths have not been fully studied. We utilized duplex ultrasonography to assess the femoral veins before and after the procedure. **Subjects and methods:** A cross-sectional, cluster-descriptive study on 144 patients with longitudinal follow-up after 01 month of the procedure at Thanh Hoa Provincial General Hospital from February 2022 to October 2022. All patients underwent routine Doppler ultrasound of lower extremity vessels before and immediately after procedures. In addition, at the follow-up visit after 1 month to assess and monitor venous thromboembolism events. **Results:** In 144 patients (mean age 54.7 ± 15.5 years with 87% being female) underwent procedures (mean time was 52.9 ± 9.8 minutes). Non-occlusive deep vein thrombosis (DVT) occurred in 10 patients (6.9%) on the day following the procedure. There were no significant differences in major complications when multiple sheath placement was compared with single sheath placement. Sex, height, BMI, venous diameter, multiple sheath placement, mean procedure time, average power as well as temperature during ablation all failed to have a significant influence on venous thrombosis.

Keywords: Deep vein thrombosis (DVT), cardiac electrophysiological study and radiofrequency catheter ablation, sheath placement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dùng điện cực thăm dò nhằm thu thập hoạt động điện học trong khi thực hiện thủ thuật TDDSLT và triệt đốt RLNT bằng năng lượng sóng có tần số radio (RF) là vô cùng cần thiết, đặc biệt là rối loạn nhịp tim có cơ chế phức tạp.^{1,2}

mm và $8,4 \pm 1,6$ mm, $P = 0,12$).

- Trong 144 trường hợp, ghi nhận 10 (6,9%) trường hợp trong đó có 6 trường hợp là HK nhỏ bám thành TM đùi chung, 4 trường hợp là HK lớn TM đùi chung. Tất cả các biến chứng đều gây hẹp lòng mạch không hoàn toàn. Các biến chứng

được ghi nhận trong vòng 24h sau khi hoàn thành thủ thuật và hồi phục hoàn toàn.

3.3. Biến chứng mạch máu giữa hai nhóm sử dụng 01 sheath đơn độc tại một vị trí TM đùi và sử dụng \geq 01 sheath tại một vị trí TM đùi.

Bảng 1. Biến chứng mạch máu mở đường vào TM đùi sau thủ thuật TDĐSLH tim và triệt đốt RLNT bằng RF

Biến chứng	Sử dụng \geq 01 sheath tại một vị trí TM đùi (n = 101)	Sử dụng 01 sheath đơn độc tại một vị trí TM đùi (n = 43)	P
HK bán phần TM sâu	8,9% (09/101)	2,3% (01/43)	> 0,05
Tụ máu vị trí chọc mạch	9,9% (10/101)	9,3% (04/43)	
Giả phình ĐM	4,9% (05/101)	2,3% (01/43)	
Thông động tĩnh mạch	0,01% (01/101)	0% (0/43)	
Tắc ĐM phổi	-	-	

Nhận xét: Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến chứng HK bán phần TM sâu, tụ máu vị trí chọc mạch, giả phình ĐM, thông động tĩnh mạch và tắc ĐM phổi giữa hai nhóm sử dụng 01 sheath đơn độc tại một vị trí TM đùi và sử dụng \geq 01 sheath tại một vị trí TM đùi để mở đường vào mạch máu cho thủ thuật thăm dò và

* Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$ can thiệp điện sinh lý tim.

3.4. Mối liên quan giữa việc sử dụng \geq 01 sheath tại một vị trí TM đùi mở đường vào mạch máu cho thủ thuật TDĐSLH tim và triệt đốt RLNT bằng RF với biến chứng HKTM sâu:

Bảng 2. So sánh đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu giữa hai nhóm đối tượng có biến chứng HKTM sâu và không có biến chứng HKTM sâu.

Đặc điểm	Không biến chứng HKTM sâu (n = 134)	Biến chứng HK bán phần TM sâu (n = 10)	P
Tuổi	$60,2 \pm 14,3$	$58,7 \pm 15,6$	> 0,05
Giới (nam)	61	5	
BMI	$22,1 \pm 2,9$	$21,8 \pm 2,4$	
Đường kính TM (mm)	$8,1 \pm 1,9$	$8,3 \pm 2,0$	
Sử dụng nhiều hơn 01 sheath	101	9	
Thời gian thực hiện thủ thuật (phút)	$53,1 \pm 11,2$	$49,3 \pm 10,7$	
Công suất (Watt)	$38,1 \pm 3,8$	$37,5 \pm 4,2$	
Nhiệt độ (độ C)	$57,1 \pm 4,9$	$54,4 \pm 6,8$	

Nhận xét: Khi xét đến các đặc điểm lâm sàng bao gồm tuổi, giới, BMI, đường kính TM, sử dụng nhiều hơn 01 sheath để tạo đường vào mạch máu, thời gian thực hiện thủ thuật, công suất và nhiệt độ không có liên quan đến nguy cơ hình thành HK bán phần TM sâu sau thủ thuật. ($P > 0,05$ với mọi biến số).

IV. BÀN LUẬN

Về các biến chứng mạch máu hay gặp chủ yếu là biến chứng tụ máu vùng bẹn phải với mức độ nhẹ và trung bình, không có trường hợp nào tụ máu nặng cần phải can thiệp. Các biến chứng về thông động tĩnh mạch và giả phình động mạch ít gặp hơn.

Về biến chứng HKTM sâu, tỷ lệ biến chứng ghi nhận 6,9%. Tỷ lệ này có sự khác biệt với kết quả của một số nghiên cứu trước đó bao gồm

* Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$ Chen JY là 17,6%,⁹ Bruce C là 8,8%.¹⁰Các nghiên cứu có sự khác biệt về cỡ mẫu, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 144 bệnh nhân, Chen JY: 52 bệnh nhân, Bruce C: 80 bệnh nhân. Các nghiên cứu đều ghi nhận đa phần các biến chứng là HK bán phần TM sâu, không quan sát thấy trường hợp nào biến chứng HK gây tắc hoàn toàn TM sâu. Ngoài ra, phần lớn các biến chứng HK này đều thoái triển sau 01 tháng theo dõi trên siêu âm Doppler mạch máu chi dưới. Tuy nhiên trong nghiên cứu Bruce C đã đề xuất việc sử dụng thuốc chống đông thường quy tại thời điểm xung quanh thủ thuật trên tất cả các bệnh nhân được thực hiện thủ thuật triệt đốt rối loạn nhịp tim. Tất cả các bệnh nhân có biến chứng HK bán phần TM sâu được điều trị bằng thuốc chống đông đường uống thể hệ mới

NOAC. Điều này ghi nhận sự khác biệt với nghiên cứu Chen JY, trong 11 trường hợp có biến chứng HKTM sâu có 10 trường hợp thoái triển hoàn toàn nhưng tồn tại 01 trường hợp HK không thay đổi về kích thước. Các trường hợp này không ghi nhận rõ ràng phác đồ điều trị HKTM sâu sau thủ thuật TDDSLT và triệt đốt RLNT bằng RF. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng không có sự khác biệt đáng kể có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ xuất hiện biến chứng mạch máu giữa hai nhóm: nhóm sử dụng ≥ 01 sheath để tạo đường vào mạch máu tại một vị trí TM đùi và nhóm sử dụng duy nhất 01 sheath đơn độc để tạo đường vào mạch máu tại một vị trí TM đùi.

Trong nghiên cứu, các biến chứng đa phần là HK bán phần TM sâu và không có triệu chứng. Không có trường hợp nào bệnh nhân tiến triển thành HK gây tắc hoàn toàn TM sâu. Labropoulos và cộng sự đã chỉ ra rằng quá trình tái cấu trúc HK có thể xảy ra ngay trong tuần đầu tiên trên một số bệnh nhân được mới được chẩn đoán HKTM sâu và điều này không liên quan đến việc sử dụng nhiều sheath để tạo đường vào mạch máu trên cùng một vị trí. Một vài HKTM sâu có thể diễn tiến tăng lên, trong khi một số khác không thay đổi thậm chí là thoái triển. Trong nghiên cứu, 10 trường hợp có biến chứng HKTM sâu được ghi nhận và đường kính đầu gần TM đùi giảm có ý nghĩa thống kê khi so sánh đường kính này trước khi thực hiện và trong vòng 24 giờ sau khi thực hiện thủ thuật TDDSLH tim và triệt đốt RLNT bằng RF. Quá trình hồi phục nhanh chóng của tổn thương nội mạc TM gây ra bởi việc đặt các sheath vào TM đóng vai trò quan trọng trong sự thoái triển của HK. Biến chứng HKTM bán phần sau thủ thuật TDDSHL học tim và triệt đốt RLNT bằng RF đa phần là lành tính và thoái triển một cách tự nhiên trên hầu hết bệnh nhân.

Các yếu tố có liên quan đến sự gia tăng nguy cơ xuất hiện biến cố HKTM sâu sau khi được đặt ống thông hoặc sheath tạo đường vào mạch máu chưa được nghiên cứu và đánh giá kỹ càng. Joynt và cộng sự tiến hành nghiên cứu về yếu tố liên quan đến nguy cơ hình thành HKTM sâu chi dưới nhưng chưa xác định được đâu là nguy cơ chủ đạo khi phân tích các đối tượng có kèm đa yếu tố.⁴ Một nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng kích thước catheter có liên quan đến nguy cơ hình thành HKTM sâu tại TM cánh tay.¹² Trong nghiên cứu cũng cho thấy các yếu tố bao gồm: tuổi, giới, BMI, đường kính TM trước khi thực hiện thủ thuật, việc sử dụng ≥ 01 sheath tại một vị trí TM đùi, thời gian thực hiện thủ thuật, công

suất và nhiệt độ trung bình trong quá trình triệt đốt không có ảnh hưởng đáng kể đến nguy cơ hình thành HKTM sâu trên bệnh nhân sau thực hiện thủ thuật TDDSLH tim và triệt đốt RLNT bằng RF. Từ kết quả nghiên cứu, thực hiện thủ thuật cần nhiều đường vào mạch máu tạo thuận cho tiếp cận của các điện cực thăm dò hoặc triệt đốt có thể sử dụng trên cùng một vị trí của TM để giảm thiểu thời gian thủ thuật, số lượng vị trí và thời gian băng ép sau khi kết thúc thủ thuật.

Hạn chế nghiên cứu: Kết luận trong nghiên cứu đưa ra không có khác biệt về biến cố mạch máu nói chung giữa hai nhóm: nhóm sử dụng ≥ 01 sheath để tạo đường vào mạch máu tại một vị trí TM đùi và nhóm sử dụng 01 sheath đơn độc để tạo đường vào mạch máu tại một vị trí TM đùi. Tuy nhiên số lượng nhóm sử dụng 01 sheath đơn độc nhỏ hơn khi so sánh với nhóm còn lại (43 so với 101), điều này dẫn đến cần thêm các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định kết quả nghiên cứu nêu trên.

V. KẾT LUẬN

Việc sử dụng nhiều sheath để tạo đường vào mạch máu trên cùng một vị trí của TM tỏ ra an toàn khi thực hiện thủ thuật thăm dò và can thiệp điện sinh lý tim. Ngoài ra, thao tác mở nhiều đường vào trên cùng một vị trí TM có thể giảm thiểu thời gian thực hiện thủ thuật, giảm thiểu vị trí và thời gian băng ép sau khi kết thúc thủ thuật. Một số trường hợp (6,9%) có thể xảy ra biến cố HKTM sâu chi dưới hoặc tụ máu vị trí chọc mạch nhưng không có triệu chứng lâm sàng. Sử dụng phác đồ chống đông hợp lý trong thủ thuật và theo dõi sát sau thực hiện thủ thuật đóng vai trò quan trọng trong phòng chống các biến chứng mạch máu nguy hiểm. Cần cần nhắc siêu âm Doppler mạch máu thường quy tại vị trí chọc mạch trên tất cả các bệnh nhân sau thủ thuật thăm dò điện sinh lý tim và triệt đốt rối loạn nhịp tim bằng RF.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jackman WM, Beckman KJ, McClelland JH, et al.** Treatment of Supraventricular Tachycardia Due to Atrioventricular Nodal Reentry by Radiofrequency Catheter Ablation of Slow-Pathway Conduction. *N Engl J Med.* 1992; 327(5): 313-318. doi:10.1056/NEJM199207303270504
2. **Ouyang F, Cappato R, Ernst S, et al.** Electroanatomic Substrate of Idiopathic Left Ventricular Tachycardia: Unidirectional Block and Macroreentry Within the Purkinje Network. *Circulation.* 2002;105(4):462-469. doi:10.1161/hc0402.102663
3. **Pandian NG, Kosowsky BD, Gurewich V.** Transfemoral temporary pacing and deep vein

- thrombosis. *Am Heart J.* 1980;100(6):847-851. doi:10.1016/0002-8703(80)90065-4
4. **Joynt GM, Kew J, Gomersall CD, Leung VYF, Liu EKH.** Deep Venous Thrombosis Caused by Femoral Venous Catheters in Critically Ill Adult Patients. *Chest.* 2000;117(1):178-183. doi:10.1378/chest.117.1.178
 5. **Hughes P, Scott C, Bodenham A.** Ultrasonography of the femoral vessels in the groin: implications for vascular access: *Forum. Anaesthesia.* 2000;55(12):1198-1202. doi:10.1046/j.1365-2044.2000.01615-2.x
 6. **Moneta GL, Bedford G, Beach K, Strandness DE.** Duplex ultrasound assessment of venous diameters, peak velocities, and flow patterns. *J Vasc Surg.* 1988;8(3):286-291. doi:10.1067/mva.1988.av0080286
 7. **Killewich LA, Macko RF, Cox K, et al.** Regression of proximal deep venous thrombosis is associated with fibrinolytic enhancement. *J Vasc Surg.* 1997;26(5):861-868. doi:10.1016/S0741-5214(97)70101-0
 8. **Meissner MH, Manzo RA, Bergelin RO, Strandness DE.** Venous diameter and compliance after deep venous thrombosis. *Thromb Haemost.* 1994;72(3):372-376.
 9. **Chen JY, Chang KC, Lin YC, Chou HT, Hung JS.** Safety and Outcomes of Short-Term Multiple Femoral Venous Sheath Placement in Cardiac Electrophysiological Study and Radiofrequency Catheter Ablation. *Jpn Heart J.* 2004;45(2):257-264. doi:10.1536/jhj.45.257
 10. **Bruce C, Saraf K, Rogers S, et al.** Deep Vein Thrombosis is Common After Cardiac Ablation and Pre-Procedural D-Dimer Could Predict Risk. *Heart Lung Circ.* 2022;31(7):1015-1022. doi: 10.1016/j.hlc.2022.01.014

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DIỆT TRỪ HELICOBACTER PYLORI CỦA PHÁC ĐỒ 4 THUỐC CÓ BISMUTH TẠI PHÒNG KHÁM 103 CẨM KHÊ

Lê Quốc Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của điều trị phác đồ 4 thuốc có Bismuth trong điều trị nhiễm H.p. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 51 bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có chỉ định điều trị diệt H.p bằng phác đồ 4 thuốc có bismuth tại Phòng khám 103 Cẩm Khê từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Nữ chiếm 78,6%, nam chiếm 21,6%. Nhóm tuổi 35-49 chiếm 60,8%. Loét ở hang vị chiếm tỷ lệ 39,2%, kích thước ổ loét nhỏ hơn 1 cm chiếm 60,8%, chỉ có 1 ổ loét chiếm 94,1%. Các tác dụng phụ xuất hiện như: mệt mỏi chiếm 25,5%, chán ăn chiếm 23,5%... Tỷ lệ diệt H.p của phác đồ 4 thuốc có Bismuth là 92,2%.

Từ khóa: Helicobacter pylori, bismuth, loét dạ dày tá tràng

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF HELICOBACTER PYLORI ERADICATION USING BISMUTH QUADRUPLE THERAPY AT 103 CAM KHE CLINIC

Objectives: To evaluate treatment outcomes of helicobacter pylori eradication using bismuth quadruple therapy. **Subjects and methods:** We conducted an interventional study on 51 patients with indication of Helicobacter pylori eradication at 103 Cam Khe Clinic from January 2019 to December 2021. **Results:** Female accounted for 78.6%, male

accounted for 21.6%. The age group 35-49 accounted for 60.8%. Ulcer in antrum accounts for 39.2%, ulcer size less than 1 cm accounts for 60.8%, only 1 ulcer accounts for 94.1%. Side effects appeared as: fatigue accounted for 25.5%, anorexia accounted for 23.5%... The H.p eradication rate in patients with Bismuth was 92.2%. **Keywords:** Helicobacter pylori, bismuth, peptic ulcer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Helicobacter pylori (H.p) là một vi khuẩn gram âm, với tỷ lệ nhiễm trên cộng đồng khoảng 50% dân số thế giới. Tổ chức Quốc tế nghiên cứu ung thư (IARC) đã xếp H.p nằm trong tác nhân số 1 gây ung thư dạ dày. Do vậy, với những bệnh nhân có bệnh lý dạ dày cần phải diệt trừ H.p. Tuy nhiên, tỷ lệ diệt trừ H.p đã giảm xuống, chỉ đạt khoảng 60-70% và nguyên nhân chính là tình trạng kháng thuốc của H.p, trong đó tỷ lệ kháng clarithromycin và metronidazole chiếm tỷ lệ cao nhất. Việt Nam là nước có tỷ lệ kháng clarithromycin cao khoảng 33,0%, Thành phố Hồ Chí Minh cao hơn ở Hà Nội (49,0% so với 18,5%). Tỷ lệ kháng thuốc giảm chỉ còn 2,9% khi kết hợp clarithromycin với tetracyclin hoặc metronidazol với tetracyclin. Do sự gia tăng các chủng H.p kháng kháng sinh nên việc điều trị diệt trừ thành công là một thách thức. Đồng thuận Maastricht V (2016) khuyến cáo nên sử dụng phác đồ 4 thuốc có chứa Bismuth cho bệnh nhân nhiễm H.p ở những vùng có tỷ lệ đề kháng clarithromycin và metronidazole cao cũng như là một lựa chọn để điều trị cho những bệnh nhân

¹Trung tâm Y tế Huyện Thanh Ba, Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn

Email: tuanpk103ck@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.6.2023

Ngày duyệt bài: 13.7.2023