tế gia đình bình thường trở lên thường có điều kiện để tham gia nhiều lớp học ngoại khoá, tham gia nhiều hội nhóm và câu lạc bộ giúp SV củng cố thêm tinh thần học tập và tăng cường thái độ tích cực trong giờ học và có thể giúp nâng cao kết quả học tập, từ đó dẫn đến đánh giá tích cực hơn với môi trường học tập.

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu được được tiến hành trên SV bác sĩ đa khoa nên kết quả có thể chưa đại diện cho SV Y trong toàn trường. Đánh giá môi trường học tập của SV chỉ áp dụng phương pháp cho SV tự đánh giá nên kết quả có thể chưa phản ánh chính xác môi trường học tập của đối tượng này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy nhìn chung SV đánh giá môi trường học tập ở Trường đại học Y Hà Nội là tích cực hơn tiêu cực. "Đánh giá của SV về giảng viên" có điểm số cao nhất 32,02/44 điểm và "môi trường xã hội của SV" có số điểm thấp nhất là 16,71/28 điểm. Những SV tự đánh giá có mức độ yêu nghề y cao hơn có xu hướng đánh giá môi trường học tập cao gấp 1,91 lần so với những SV khác. Cần khuyến khích SV tham gia câu lạc bộ SV, tham gia hội nhóm, hỗ trợ SV trong quá trình học tập tại trường, tổ chức các buổi tập huấn kỹ năng mềm giúp SV nâng cao sự tự tin trong cuộc sống để tạo môi trường xã hội tốt hơn cho SV trong quá trình được đào tạo tại nhà trường, từ đó truyền cảm hứng nghề y giúp SV thêm yêu nghề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arzuman H, Yusoff MSB, Chit SP.** Big Sib Students' Perceptions of the Educational Environment at the School of Medical Sciences, Universiti Sains Malaysia, using Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) Inventory. Malays J Med Sci. 2010;17(3):40-47.
2. **OECD.** The OECD Handbook for Innovative Learning Environments. OECD; 2017. doi:10. 1787/9789264277274-en.
3. **Miles S, Swift L, Leinster S.** The Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM): A review of its adoption and use. Medical teacher. 2012;34:e620-34. doi: 10.3109/ 0142159X.2012. 668625.
4. **Thông tư số 04/2016/TT-BGDĐT** của Bộ Giáo dục và Đào tạo: Ban hành Quy định về tiêu chuẩn đánh giá chất lượng chương trình đào tạo các trình độ của giáo dục đại học.
5. **Kim H, Jeong H, Jeon P, Kim S, Park YB, Kang Y.** Perception Study of Traditional Korean Medical Students on the Medical Education Using the Dundee Ready Educational Environment Measure. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2016;2016:e6042967. doi:10.1155/2016/6042967.
6. **Kim Bảo Giang, Nguyễn Thị Bạch Yến, Nguyễn Văn Hiến.** Nhận thức của sinh viên Đại học Y về môi trường học tập và thực hành học tập tích cực; 2006.
7. **Ngọc TB, Lưu LT, Thủy BT.** Nhận thức của sinh viên dược về môi trường giáo dục tại trường đại học y dược-đại học thái nguyên bằng bảng hỏi dreem. TNU Journal of Science and Technology. 2017;170(10):131-136.
8. **Patil AA, Chaudhari VL.** Students' perception of the educational environment in medical college: a study based on DREEM questionnaire. Korean J Med Educ. 2016;28(3): 281-288. doi:10.3946/ kjme.2016.32
9. **Al-Naggar RA, Abdulghani M, Osman MT, et al.** The Malaysia DREEM: perceptions of medical students about the learning environment in a medical school in Malaysia. Adv Med Educ Pract. 2014;5:177-184. doi:10.2147/AMEP.S61805.
10. **Jayaweera P, Thilakarathne A, Ratnayaka M, et al.** Evaluation of learning environment among Nursing undergraduates in state universities, Sri Lanka. BMC Nurs. 2021;20(1):193. doi:10.1186/ s12912-021-00714-z.

KHẢO SÁT TỈ LỆ HUYẾT KHỐI TIỂU NHĨ TRÁI TRÊN SIÊU ÂM TIM QUA THỰC QUẢN Ở NGƯỜI CAO TUỔI RUNG NHĨ

Lê Quốc Hưng[1], Nguyễn Thanh Huân[1,2], Nguyễn Quang Huy[3], Nguyễn Văn Bé Hai[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xác định tỉ lệ huyết khối tiểu nhĩ trái trên bệnh nhân cao tuổi và khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giữa hai nhóm có và không có huyết khối tiểu nhĩ trái cũng như khảo sát mối liên quan giữa siêu âm tim và sự hình thành huyết khối tiểu nhĩ trái. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân cao tuổi được siêu âm tim qua thực quản tại khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 11/2022 đến tháng 6/2023. **Kết quả**: Nghiên cứu được thực hiện trên 103 bệnh nhân cao tuổi với tuổi trung bình là

[1]Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh
[2]Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
[3]Đại học Nguyễn Tất Thành, Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân
Email: huannguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.11.2023
Ngày phản biện khoa học: 21.12.2023
Ngày duyệt bài: 15.01.2024

71,22 ± 7,56, tỉ lệ nam giới là 58,3%, chúng tôi ghi nhận kết quả: Tần suất huyết khối tiểu nhĩ trái bằng siêu âm tim qua thực quản trên bệnh nhân cao tuổi có rung nhĩ là: 24.3%. Ở nhóm bệnh nhân có huyết khối tiểu nhĩ trái có đường kính nhĩ trái lớn hơn và tỉ lệ máu xoáy trong nhĩ trái/tiểu nhĩ trái cao hơn có ý nghĩa thống kê khi so sánh với nhóm không có huyết khối tiểu nhĩ trái. Hồi quy logistic đa biến ghi nhận vận tốc dòng máu qua tiểu nhĩ trái ở nhóm có huyết khối thấp hơn so với nhóm không có huyết khối tiểu nhĩ trái với OR = 0,0001; KTC 95%: 0,0000003 – 0,02; p < 0,01. **Kết luận**: Tỉ lệ huyết khối tiểu nhĩ trái ở người cao tuổi rung nhĩ còn cao, cần thực hiện siêu âm tim qua thực quản một cách thường quy để phát hiện và điều trị tích cực trước khi thực hiện triệt đốt cho bệnh nhân. Cần khảo sát huyết khối cẩn thận hơn nếu có các dấu hiệu giãn nhĩ trái, máu xoáy đặc biệt là vận tốc dòng máu qua tiểu nhĩ trái thấp.

Từ khóa: Siêu âm tim qua thực quản, tiểu nhĩ trái, huyết khối.

SUMMARY

PREVALENCE OF LEFT ATRIAL APPENDAGE THROMBUS ON TRANSESOPHAGEAL ECHOCARDIOGRAPHY IN THE ELDERLY WITH ATRIAL FIBRILLATION

Objectives: To determining the rate of left atrial appendage thrombus in elderly patients and investigating the clinical and subclinical characteristics between the two groups with and without left atrial appendage thrombus. The correlation between echocardiography and left atrial appendage thrombus also be investigated. **Methods** A cross - sectional descriptive study on patients undergoing transesophageal echocardiography at the Cardiology Department – Thong Nhat Hospital from November 2022 to June 2023. **Results**: The study was conducted on 103 elderly patients with an average age of 71.22 ± 7.56, the proportion of men was 58.3%, the frequency of left atrial appendage thrombus on transesophageal echocardiography is 24.3%. In the category of patients with left atrial appendage thrombus, the left atrial diameter was larger and the spontaneous echo contract in left atrial appendage/left atrial was significantly higher than in the group without left atrial appendage thrombus. Multivariable logistic regression revealed that the left atrial appendage velocity was lower in the group with thrombus with OR = 0.0001; 95% CI: 0.0000003 – 0.02; p < 0.001. **Conclusion**: The frequency of left atrial appendage thrombus in the elderly with atrial fibrillation is still high, it is necessary to perform transesophageal echocardiography standardly to detect and treat properly before performing ablation. More careful investigation of thrombus if there are signs of left atrial dilatation, spontaneous echo contract, especially low-flow of left atrial appendage velocities. ***Keywords:*** Transesophageal echocardiography, left atrial appendage, thrombus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ là rối loạn nhịp tim được chẩn đoán phổ biến nhất, là kết quả của các bất thường về cấu trúc hoặc điện sinh lý trong mô tâm nhĩ[3]. Bệnh nhân rung nhĩ có nguy cơ biến chứng về tim mạch cao hơn so với bệnh nhân không rung nhĩ, tăng 2 - 5 lần nguy cơ đột quỵ, cơn thoáng thiếu máu não và 4 - 5 lần nguy cơ thuyên tắc hệ thống cũng như tăng 1,5 lần nguy cơ tử vong[4,5]. Tuổi tác là một yếu tố nguy cơ độc lập cho sự phát triển rung nhĩ[6]. Do cấu trúc đặc trưng có các phân thùy và nhánh phức tạp, tiểu nhĩ trái (TNT) thường là nơi hình thành huyết khối đầu tiên trong nhĩ trái, đặt biệt trong rung nhĩ. TNT có thể khảo sát được một cách hạn chế bằng siêu âm tim qua thành ngực. Siêu âm tim qua thực quản là tiêu chuẩn vàng và được thực hiện thường quy giúp xác định huyết khối TNT trước khi chuyển nhịp và đốt điện qua catheter nhằm giảm thiểu nguy cơ đột quỵ do thủ thuật ở những bệnh nhân không được dùng kháng đông ít nhất 3 tuần trước đó[7]. Tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu khảo sát huyết khối TNT ở bệnh nhân rung nhĩ bằng siêu âm tim qua thực quản, nhưng chưa có nghiên cứu nào thực hiện trên nhóm bệnh nhân cao tuổi.

Mục tiêu:

- Khảo sát tỉ lệ huyết khối tiểu nhĩ trái bằng siêu âm tim qua thực quản ở bệnh nhân cao tuổi có rung nhĩ.

- So sánh đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa hai nhóm bệnh nhân có và không có sự hiện diện của huyết khối tiểu nhĩ trái.

- Khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm siêu âm tim với sự hiện diện của huyết khối tiểu nhĩ trái.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 11/2022 đến tháng 6/2023

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân ≥ 60 tuổi có rung nhĩ và được siêu âm tim qua thực quản tại khoa Nội tim mạch - Bệnh viện Thống Nhất được đưa vào nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ

$$N = Z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})}\frac{p(1-p)}{d^2}$$

Ước lượng tỉ lệ p dựa theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Bé Hai và cộng sự là 57,5%. Với α = 0,05, d = 0,1, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 94.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu liên tục

2.6. Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân có độ tuổi ≥ 60 tuổi. Được chẩn đoán rung nhĩ dựa trên điện tâm đồ 12 đạo trình và/hoặc holter điện tâm đồ.

2.7. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định với siêu âm tim qua thực quản. Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.8. Phương pháp thu thập số liệu. Bệnh nhân sẽ thu thập thông tin bằng phiếu thu thuật số liệu đã được chuẩn bị trước, tiền sử bệnh lý nội khoa được thu thập dựa trên hồ sơ lưu trữ điện tử của bệnh viện hoặc toa thuốc bệnh nhân đang sử dụng. Kết quả siêu âm tim được thu thập dựa trên hồ sơ lưu trữ điện tử của bệnh viện.

2.9. Định nghĩa biến số

Tuổi: biến định lượng liên tục, tính từ năm sinh của bệnh nhân đến ngày thực hiện thủ thuật.

Giới: biến nhị giá gồm 2 giá trị nam hoặc nữ.

Tiền sử bệnh nội khoa là biến danh định gồm các giá trị: tăng huyết áp, hội chứng vành mạn, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, đột quỵ, bệnh động mạch ngoại biên, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Thu thập dựa trên hồ sơ lưu trữ điện tử của bệnh viện hoặc toa thuốc bệnh nhân đang sử dụng.

Điểm CHA2DS2 – VASc: là biến liên tục từ 0 đến 9, nguy cơ cao khi ≥ 2.

Điểm HAS-BLED: là biến liên tục từ 0 đến 9, nguy cơ cao khi ≥ 3.

Đặc điểm siêu âm tim qua thành ngực: Phân suất tống máu thất trái (LVEF): là biến định lượng liên tục (%), được đo bằng phương pháp Teicholz hoặc Simpson. Đường kính nhĩ trái (LA): là biến định lượng liên tục (mm), được đo ở mặt cắt cạnh ức cuối tâm thu. Đường kính thất trái cuối tâm trương (LVIDd): là biến định lượng liên tục (mm) được đo ở mặt cắt cạnh ức trục dọc.

Đặc điểm siêu âm tim qua thực quản: Huyết khối tiểu nhĩ trái là một khối cản âm tăng đậm độ trong tiểu nhĩ trái. Thấy được ở nhiều mặt cắt, phân biệt với thành tiểu nhĩ. Là biến nhị giá với 2 giá trị có và không có huyết khối.

Tương phản tự nhiên là biến thứ tự phân theo độ nặng từ 0 – 4 (0: không có tương phản, 1: mức độ nhẹ với tương phản tối thiểu trong tiểu nhĩ trái hoặc rải rác trong nhĩ trái, cần tăng gain tối ưu, 2: mức độ nhẹ đến vừa với phân bố đồng dạng hơn, phát hiện mà không cần tăng gain, 3: mức độ vừa với tương phản đặc, xoáy trong toàn bộ chu kỳ tim, 4: mức độ nặng với tương phản nhiều, đặc và chuyển động xoáy chậm trong tiểu nhĩ trái và nhĩ trái).

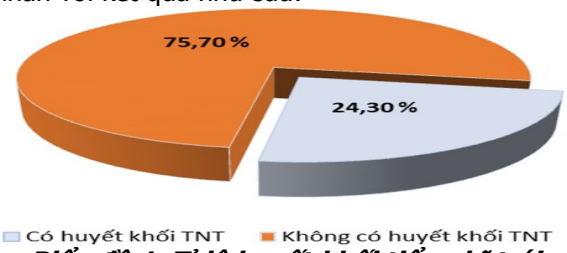
Vận tốc dòng chảy: là biến định lượng liên tục (mm/s). Tốc độ dòng máu chảy trong tiểu nhĩ trái được ghi lại bằng Doppler xung tại vị trí cách lỗ đổ vào tiểu nhĩ trái 1 cm. Tốc độ làm trống tiểu nhĩ trái được đo ở mặt cắt ngang (45°) trục ngắn ở đáy.

2.10. Xử lý số liệu. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20. Biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Biến số định lượng trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn. Kiểm định Chi bình phương kiểm định sự khác biệt tỉ lệ giữa 2 biến định tính, hiệu chỉnh theo kiểm định chính xác Fisher khi vọng trị nhỏ. Kiểm định T-student hoặc Mann -Whitney giữa 2 nhóm của biến số định lượng. Hồi quy logistic để đánh giá mô hình và kiểm soát các yếu tố gây nhiễu trong mối liên quan giữa đặc điểm siêu âm tim và huyết khối tiểu nhĩ trái.

2.11. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y đức số 76/2022/BVTN-HĐYĐ của Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh ngày 09/11/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này thu nhận được 103 bệnh nhân với kết quả như sau:



Biểu đồ 1. Tỉ lệ huyết khối tiểu nhĩ trái trong dân số nghiên cứu (n=103)

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận có 25/103 bệnh nhân cao tuổi rung nhĩ có huyết khối trong tiểu nhĩ trái với tỉ lệ là 24,3%.

Bảng 1. So sánh đặc điểm hai nhóm có và không có huyết khối tiểu nhĩ trái (n=103)

Đặc điểm		Chung (n=103)	Huyết khối tiểu nhĩ trái		
			Có (n=25)	Không (n=78)	p
Giới nam		60 (58,3)	15 (60)	45 (57,7)	0,839
Tuổi, (năm, TB ± ĐLC)		71,22 ± 7,56	71,36 ± 6,64	71,18 ± 7,88	0,333
Nhóm tuổi	60 – 69 tuổi, n (%)	57 (55,3)	15 (60)	42 (53,8)	0,815
	70 – 79 tuổi, n (%)	30 (29,1)	7 (28)	23 (29,5)	
	≥ 80 tuổi, n (%)	16 (15,5)	3 (12)	13 (16,7)	
Tiền căn bệnh lý					
Tăng huyết áp		87 (84,5)	21 (84)	66 (84,6)	1,000

Rối loạn lipid máu	93 (90,3)	23 (92)	70 (89,7)	1,000
Hội chứng vành mạn	38 (36,9)	8 (32)	30 (38,5)	0,560
Suy tim	26 (25,2)	8 (32)	18 (23,1)	0,371
Đột quỵ	16 (15,5)	8 (32)	8 (10,3)	0,009
Đái tháo đường	31 (30,1)	10 (40)	21 (26,9)	0,215
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	5 (4,9)	0 (0)	5 (6,4)	0,332
Bện mạch máu ngoại biên	3 (2,9)	0 (0)	3 (3,8)	1,000
Thang điểm CHA_2DS_2-VASc				
Thang điểm CHA_2DS_2-VASc	3,59 ± 1,4	3,8 ± 1,53	3,53 ± 1,37	0,398
CHA_2DS_2-VASc = 0đ	1 (1,0%)	0 (0%)	1 (1,3%)	1,0
CHA_2DS_2-VASc = 1đ	3 (2,9%)	1 (4,0%)	2 (2,6%)	
CHA_2DS_2-VASc ≥ 2đ	99 (96,12%)	24 (96,0%)	75 (96,2%)	
Thang điểm HAS-BLED				
HAS-BLED = 0 điểm	10 (9,7%)	2 (8%)	8 (10,3%)	0,519
HAS-BLED = 1 - 2 điểm	86 (83,5%)	20 (80,0%)	66 (84,6%)	
HAS-BLED ≥ 3 điểm	7 (6,8%)	3 (12,0%)	4 (5,1%)	

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 71,22 ± 7,56 với tuổi thấp nhất là 60, tuổi cao nhất là 93. Đa số là nam giới (58,3%). Hai bệnh lý chiếm tỉ lệ cao nhất là rối loạn lipid máu (90,3%) và tăng huyết áp (84,5%). Tỉ lệ đột quỵ ở nhóm có huyết khối cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có huyết khối. Nghiên cứu ghi nhận điểm CHA_2DS_2-VASc trung bình là 3,59 ± 1,4 và chủ yếu ≥ 2 điểm (96,12%), tức nguy cơ đột quỵ cao. Nguy cơ xuất huyết dựa trên thang điểm HAS-BLED đa số là trung bình (83,5%).

Bảng 9. Đặc điểm siêu âm tim qua thành ngực giữa nhóm có huyết khối và không huyết khối tiểu nhĩ trái (n=103)

Đặc điểm	Chung (n=103)	Huyết khối tiểu nhĩ trái		p
		Có (n=25)	Không (n=78)	
LVEF, %	61,64 ± 11,7	60,56 ± 12,88	61,99 ± 11,37	0,598
LVIDd, mm	46,27 ± 7,1	48,40 ± 6,5	45,59 ± 7,19	0,085
LA, mm	37,1 ± 7,8	41,44 ±7,64	35,71 ± 7,37	0,001
Giãn nhĩ trái, n (%)	35 (34)	14 (56)	21 (26,9)	0,008
Có máu xoáy, n (%)	72 (69,90)	25 (100)	47 (60,30)	< 0,001
Vận tốc dòng máu qua TNT m/s	0,39 ± 0,25	0,21 ± 0,08	0,45 ± 0,26	< 0,001

Nhận xét: Đường kính của nhĩ trái, tỉ lệ giãn nhĩ trái và tỉ lệ máu xoáy ở nhóm có huyết khối cao hơn, vận tốc dòng máu qua tiểu nhĩ trái thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có huyết khối.

Bảng 3. Mối liên quan giữa siêu âm tim và huyết khối tiểu nhĩ trái (n = 103)

Biến số	Hồi quy đơn biến			Hồi quy đa biến		
	OR	KTC 95%	p	OR	KTC 95%	p
Tuổi	1,003	0,94 – 1,06	0,917			
Giới	1,10	0,43 – 2,75	0,839			
LVEF	0,99	0,95 – 1,03	0,595			
LVIDd	1,06	0,99 – 1,13	0,09	1,01	0,94–1,09	0,627
Giãn nhĩ trái	3,45	1,36 – 8,8	0,009	1,25	0,34–4,60	0,729
Mức độ máu xoáy	1,62	1,17 – 2,25	0,004	0,93	0,56–1,55	0,807
Vận tốc dòng máu qua TNT	0,00008	0 – 0,01	<0,001	0,0001	0,0000003–0,02	0,001

Nhận xét: Hồi quy logistic đơn biến với các yếu tố liên quan đến huyết khối tiểu nhĩ trái ghi nhận giãn nhĩ trái, mức độ máu xoáy, vận tốc dòng máu qua tiểu nhĩ trái có liên quan đến huyết khối tiểu nhĩ trái có ý nghĩa thống kê. Hồi quy logistic đa biến với các biến được lựa chọn có p < 0,2 là: LVIDd, giãn nhĩ trái, mức độ máu xoáy và vận tốc dòng máu qua TNT. Chỉ có một yếu tố liên quan đến gia tăng tỉ lệ huyết khối TNT là vận tốc dòng máu qua TNT. Vận tốc cao thì tỉ lệ huyết khối TNT thấp hơn với OR = 0,0001; KTC 95%: 0,0000003 – 0,02; p = 0,001.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ huyết khối tiểu nhĩ trái. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Văn Bé Hai ghi nhận tỉ lệ huyết khối TNT ở nhóm người cao tuổi đến 57,58% là rất cao so với các nghiên cứu của

chúng tôi là 24,3%[1]. Lý giải do khác biệt tiêu chuẩn dân số nhận vào và thời gian sử dụng các thuốc kháng đông trước đó nhưng không được đề cập ở nghiên cứu này. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự nghiên cứu của Đỗ Văn Chiến với tỉ lệ huyết khối TNT là 24,3%[2]. Nghiên cứu của tác giả J. Karwowski ghi nhận huyết khối TNT là 7,5% và nghiên cứu của L. Turek là 14,5% thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi[10]. Để lý giải, nhìn vào nghiên cứu của tác giả J. Karwowski và L. Turek thì 100% đều sử dụng thuốc chống đông và dân số chọn mẫu bao gồm cả dưới 60 tuổi, do vậy sẽ làm giảm tỉ lệ huyết khối TNT so với nghiên cứu của chúng tôi.

4.2. So sánh đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa nhóm có huyết khối và không có huyết khối tiểu nhĩ trái. Về tiền căn đột quỵ, mối quan hệ của rung nhĩ với tăng nguy cơ thuyên tắc huyết khối và đột quỵ đã được xác định rõ ràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ chung là 15,5% cao hơn nghiên cứu khác như của tác giả Nguyễn Văn Bé Hai là 10,61%, Ya Suo là 10,55% và J. Karwowski là 8,7%[1,10]. Có thể giải thích do tỉ lệ đột quỵ tăng theo tuổi, dân số nghiên cứu của chúng tôi là thực hiện trên nhóm bệnh nhân cao tuổi ≥ 60, trong khi các nghiên cứu còn lại đưa vào cả những bệnh nhân dưới 60 tuổi nên tỉ lệ đột quỵ sẽ thấp hơn ở các nhóm này.

Chúng tôi ghi nhận đường kính của nhĩ trái, tỉ lệ giãn nhĩ trái và tỉ lệ máu xoáy ở nhóm có huyết khối cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có huyết khối tiểu nhĩ trái. Nghiên cứu cũng ghi nhận nhóm bệnh nhân có huyết khối có vận tốc dòng máu qua tiểu nhĩ trái thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có huyết khối tiểu nhĩ trái. Lớn nhĩ trái có liên quan đến quá trình lão hóa, tăng huyết áp và rối loạn chức năng tâm trương thất trái, đây cũng là một yếu tố độc lập của rung nhĩ. Ở chiều ngược lại, rung nhĩ cũng làm tăng tái cấu trúc nhĩ trái và rung nhĩ kéo dài dẫn đến lớn nhĩ trái. Máu xoáy là tình trạng cuộn xoáy dòng máu, phản ánh sự gia tăng kết tập hồng cầu và hiện diện của fibrinogen với dòng chảy chậm, dễ hình thành huyết khối và thuyên tắc hệ thống sau đó. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Bé Hai ghi nhận tỉ lệ máu xoáy trong phân nhóm bệnh nhân cao tuổi là 75,76% gần tương tự nghiên cứu của chúng tôi[1]. Nghiên cứu của tác giả Ya Suo ghi nhận tỉ lệ máu xoáy là 43,22%, riêng nhóm bệnh nhân có huyết khối ghi nhận tỉ lệ máu xoáy là 100% tương tự như nghiên cứu chúng tôi. Sự khác biệt có thể giải thích do trong nghiên cứu của Ya Suo, dân số mẫu chọn vào có độ tuổi thấp hơn, ngoài ra thời gian rung nhĩ khác biệt chủ yếu là rung nhĩ kịch phát với tỉ lệ đến 77,39%. Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu trên dân số cao tuổi nên tỉ lệ rung nhĩ dai dẳng và dai dẳng kéo dài sẽ cao hơn.

4.3. Mối liên quan giữa siêu âm tim và huyết khối tiểu nhĩ trái. Vận tốc dòng máu qua tiểu nhĩ trái là một trong những thông số hữu dụng nhất để đánh giá rối loạn chức năng liên quan đến tình trạng ứ trệ tuần hoàn. Vận tốc dòng máu qua TNT thấp hơn 40 cm/s liên quan đến tăng nguy cơ đột quỵ, vận tốc thấp hơn 20 cm/s làm tăng nguy cơ huyết khối TNT và biến cố thuyên tắc. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của tác giả J. Karwowski, ở nhóm bệnh nhân có vận tốc dòng máu qua tiểu nhĩ trái cao hơn thì tỉ lệ huyết khối thấp hơn nhóm có vận tốc thấp với OR = 0,874; KTC 95%: 0,795 – 0,96; p = 0,005[10].

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ huyết khối tiểu nhĩ trái ở người cao tuổi rung nhĩ còn cao, cần xem xét thực hiện siêu âm tim qua thực quản một cách thường quy để phát hiện và điều trị tích cực trước khi thực hiện triệt đốt cho bệnh nhân.Người cao tuổi rung nhĩ được thực hiện siêu âm tim qua thực quản cần khảo sát huyết khối cẩn thận hơn nếu có các dấu hiệu giãn nhĩ trái, máu xoáy và vận tốc dòng máu qua tiểu nhĩ trái thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Bé Hai, Lê Quốc Hưng, Bùi Xuân Khải, Nguyễn Thanh Huân.** Tỉ lệ huyết khối tiểu nhĩ trái trên siêu âm tim qua thực quản ở các bệnh nhân rung nhĩ. Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh. 2021;25(6):44-49.
2. **Do Van Chien, Pham Thai Giang, Pham Truong Son, Le Van Truong, Pham Nguyen Son.** Novel Models for the Prediction of Left Atrial Appendage Thrombus in Patients with Chronic Nonvalvular Atrial Fibrillation. Cardiology Research and Practice. 2019;2019:1-7.
3. **Waktare JE.** Atrial fibrillation. Circulation. 2002;106(1):14-16.
4. **Frost L, Engholm G, Johnsen S, et al.** Incident thromboembolism in the aorta and the renal, mesenteric, pelvic, and extremity arteries after discharge from the hospital with a diagnosis of atrial fibrillation. Arch Intern Med. 2001;161(2):272-6.
5. **Wang TJ, Larson MG, Levy D, et al.** Temporal relations of atrial fibrillation and congestive heart failure and their joint influence on mortality: the Framingham Heart Study. Circulation. 2003; 107(23):2920-5.
6. **Benjamin EJ, Wolf PA, Agostino RB, et al.**

Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. Circulation. 1998;98:946 - 952.
7. **Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al.** 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J. 2016;37:2893 - 2962.
8. **Lip GY, Clementy N, Pericart L, Banerjee A, Fauchier L.** Stroke and major bleeding risk in elderly patients aged >=75 years with atrial fibrillation: the Loire Valley Atrial Fibrillation Project. Stroke. 2015;46:143 - 50.
9. **Reynolds MR, Essebag V.** Economic burden of atrial fibrillation: implications for intervention. Am J Pharm Benefits. 2012;4(2):58-65.
10. **Karwowski J, Rekosz J, Mączyńska-Mazuruk R, et al.** Left atrial appendage thrombus in patients with atrial fibrillation who underwent oral anticoagulation. Cardiology Journal. 2022;10. 5603/CJ.a2022.0054.

TỔNG QUAN LUẬN ĐIỂM CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ U NHÚ ĐƯỜNG HÔ HẤP TÁI PHÁT Ở TRẺ EM GIAI ĐOẠN 2013-2022

Ngô Thị Thanh Thanh Hiền[1], Lương Thị Minh Hương[1], Trần Thị Thu Hiền[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích kết quả một số phương pháp điều trị u nhú đường hô hấp tái phát ở trẻ em giai đoạn 2013-2022. **Phương pháp nghiên cứu**: Tổng quan luận điểm. **Kết quả nghiên cứu**: Trong tổng số 295 bài báo được tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu Pubmed, thư viện Cochrane, thư viên số Đại học Y Hà Nội có 18 bài báo trên 401 bệnh nhân mắc u nhú đường hô hấp tái phát ở trẻ em phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn. Kết quả tổng quan 18 nghiên cứu cho thấy trong 10 năm qua, phương pháp phẫu thuật kết hợp bổ trợ bằng bevacizumab được nghiên cứu nhiều nhất, tiếp đến là phẫu thuật kết hợp bổ trợ bằng vaccine (HPV, quai bị), phẫu thuật đơn thuần và ít được nghiên cứu hơn là phẫu thuật kết hợp bổ trợ bằng Acyclovir, nivonumab, PDT, Cidofovir, Interferon, kháng histamine H2... **Kết luận:** Điều trị u nhú đường hô hấp tái phát ở trẻ em gồm nhiều phương pháp trong đó phẫu thuật đơn thuần cho kết quả kém hơn và tỷ lệ tái phát cao hơn so với phẫu thuật kết hợp với các liệu pháp bổ trợ. Điều này mở ra cơ hội để hình thành phác đồ điều trị mới trong quản lý bệnh u nhú đường hô hấp tái phát ở trẻ em. ***Từ khoá:*** U nhú đường hô hấp tái phát ở trẻ em, u nhú thanh quản ở trẻ em, điều trị, liệu pháp bổ trợ, quản lý.

SUMMARY

SCOPING REVIEW TREATMENT METHODS OF RECURRENT RESPIRATORY PAPILLOMATOSIS IN CHILDREN 2013-2022

Objective: Analyse the results of several treatments of recurrent respiratory papillomatosis in children in the period 2013-2022. **Methods:** A scoping review. **Results**: Out of a total of 295 articles searched on Pubmed database, the Cochrane library, the digital library Ha Noi Medical University, 18 articles on 401 patients with recurrent respiratory papillomatosis in children fit the selection criteria. The results of a review of 18 studies show that in the past 10 years, surgery combined with adjuvant bevacizumab was the most studied, followed by surgery combined with adjuvant vaccines (HPV, mumps), surgery alone and less researcher is surgery combined with adjuvants Acyclovir, Nivonumab, PDT, Cidofovir, Interferon, antihistamine H2… **Conclusion**: Treatment of recurrent respiratory papillomatosis in children includes many methods in which surgery alone gives the poorer results and a higher recurrence rate than surgery combined with adjuvant therapies. This opens opportunities to form new protocol in management of recurrent respiratory papillomatosis in children. ***Keywords:*** Recurrent respiratory papillomatosis in children, Laryngeal papillomatosis in children, treatment, adjuvant therapy, management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhú đường hô hấp tái phát (RRP) là một trong những bệnh hô hấp phổ biến nhất ở trẻ em và người lớn ở Hoa Kỳ.[1] Người ta thừa nhận rằng HPV type 6 và 11 đóng vai trò quan trọng trong nguyên nhân và sinh bệnh học của RRP.

Điều trị RRP vẫn là 1 thách thức, đặc biệt là ở ở đối tượng trẻ em. Hiện tại, điều trị phẫu thuật vẫn là tiêu chuẩn cho RRP với mục tiêu duy trì sự thông thoáng của đường thở, bảo tồn tính toàn vẹn của các mô lành kế cận, cải thiện giọng nói và đạt được sự thuyên giảm bệnh. Phẫu thuật có thể được thực hiện hiệu quả và an toàn qua nội soi thanh quản ống cứng sử dụng nhiều dụng cụ khác nhau như dụng cụ lạnh, microdebrider, laser (CO2, KTP và thuốc nhuộm xung…). Tuy nhiên, với đặc tính lan rộng của tổn thương u nhú, việc loại bỏ hoàn toàn bệnh tích thường khó đạt được. Khoảng 20% bệnh nhân cần điều trị bổ trợ đồng thời với các phương pháp phẫu thuật.[2] Các liệu pháp bổ trợ có thể

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thanh Thanh Hiền
Email: thanhhien116rd@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.11.2023
Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023
Ngày duyệt bài: 11.01.2024