

polyp, và thường gặp trên những trường hợp có viêm mũi xoang dị ứng, hen phế quản. Sự thay đổi biểu mô với 20,6% là dị sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Hồng Diệp** (2021), Nghiên cứu hình thái polyp mũi qua nội soi, cắt lớp vi tính và đối chiếu với mô bệnh học, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Thị Hà** (2022), Nghiên cứu lâm sàng và mô bệnh học của polyp mũi tái phát. Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội; tr 3, 36, 40, 82.
3. **Nguyễn Hoàng Hải** (2020), Đối chiếu lâm sàng và mô bệnh học của polyp mũi, Luận án Thạc sĩ Y học, Hà Nội, tr. 1-33.
4. **Ngô Thủy Nga** (2016), Bước đầu tìm hiểu một số yếu tố chính ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật nội soi viêm đa xoang mạn tính có polyp tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
5. **Võ Thanh Quang** (2015), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị viêm đa xoang mạn tính qua phẫu thuật nội soi chức năng mũi - xoang. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Ciprandi G, Gelardi M, Russo C và CS** (2020), "Inflammatory cell types in nasal polyps", *Cytopathology*, 2: 201-203.
7. **Couto LG, Fernandes AM** (2018), "Histological aspects of rhinosinusal polyps", *Braz J Otorhinolaryngol*, 74(2):207-12.
8. **Cullen MM, Bolger WE** (2021), "Revision endoscopic sinus surgery for recurrent rhinosinusitis", *Diseases of the sinuses diagnosis and management*, pp. 245 - 253.
9. **Piccirillo JF, Thawle SE, Haiduk A, Kramper M, Wallace M, Hartman JM** (1998), "Indications for Sinus Surgery: How Appropriate Are the Guidelines?". *Laryngoscope*, 108: p.332-337.
10. **Seethala RR and Pant H** (2020), "Pathology of Nasal Polyps", *Nasal Polyposis*, Springer, 17-26.

CA LÂM SÀNG: HUYẾT KHỐI NHĨ PHẢI Ở BỆNH NHÂN HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI CỔ BIẾN CHỨNG NHỒI MÁU PHỔI

Trần Song Giang¹, Nguyễn Hữu Tuyển¹

TÓM TẮT

Huyết khối buồng tim phải là bệnh lý hiếm gặp với tỷ lệ tử vong cao. Hiện chưa có phác đồ điều trị tối ưu do thiếu các thử nghiệm lâm sàng lớn. Trong bài báo này, chúng tôi mô tả trường hợp lâm sàng huyết khối trong buồng nhĩ phải ở bệnh nhân có nguy cơ cao do tuổi cao, huyết khối kích thước lớn, di động mạnh và đã có biến chứng nhồi máu phổi. Chẩn đoán dựa trên siêu âm tim và chụp cộng hưởng từ tim có tiêm thuốc đối quang tử. Các lựa chọn điều trị kinh điển bao gồm phẫu thuật, tiêu huyết khối và điều trị nội khoa với thuốc chống đông đã được thảo luận. Kết quả cho thấy huyết khối trong buồng nhĩ phải đã nhỏ dần và tiêu hoàn toàn sau khi điều trị bằng thuốc chống đông máu.

Từ khóa: Huyết khối buồng tim; nhồi máu phổi, huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới.

SUMMARY

RIGHT ATRIAL THROMBI IN DEEP VEIN THROMBOSIS PATIENT WITH PULMONARY EMBOLISM

Right heart thrombi is a rare condition with a high mortality rate. Currently, there is no optimal treatment protocol due to a lack of large-scale clinical trials. In this article, we describe a clinical case of right atrial

thrombosis in a high-risk patient due to advanced age, large thrombus size, strong mobility, and a history of pulmonary embolism complications. Diagnosis was based on echocardiography and contrast-enhanced cardiac magnetic resonance imaging. Conventional treatment options including surgery, thrombus evacuation, and medical treatment with anticoagulant therapy were discussed. Results showed a gradual reduction and resolution of the right atrial thrombus following treatment with anticoagulant therapy.

Keywords: Heart chamber thrombosis; Pulmonary embolism, Deep vein thrombosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối buồng tim phải là bệnh lý hiếm gặp có tỷ lệ tử vong cao do biến chứng nhồi máu phổi, đặc biệt khi điều trị không kịp thời¹. Tỷ lệ mắc bệnh hiện chưa được xác định rõ ràng. Một nghiên cứu cho thấy huyết khối trong buồng tim xuất hiện trên khoảng 10% bệnh nhân (BN) bị huyết khối động mạch phổi². Điều trị huyết khối buồng tim phải giúp làm giảm tỷ lệ tử vong ít nhất 3 lần. Các phương pháp điều trị bao gồm: sử dụng thuốc chống đông máu đơn thuần; thuốc tiêu huyết khối; phẫu thuật lấy huyết khối; tiêu huyết khối qua đường ống thông và lấy huyết khối qua đường ống thông. Tuy nhiên, do chưa có nghiên cứu đủ lớn, đặc biệt các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, hiện nay chưa có khuyến cáo điều trị cụ thể ở từng nhóm BN^{3,4}.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam 76 tuổi, tiền sử tăng huyết

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Song Giang

Email: trangiang1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

áp (THA) nhiều năm, đang điều trị thuốc thường xuyên, nhập viện vì khó thở. Trước nhập viện 10 ngày BN xuất hiện khó thở ghi găng sức. Sau đó tình trạng khó thở tăng dần, kèm đau tức ngực sau xương ức âm ỉ, lúc đó BN mới để ý thấy có sưng và đau tức cẳng chân trái. BN không sốt, không ho khạc đờm, đại tiểu tiện bình thường. Khám lâm sàng khi vào viện: BN tỉnh, khó thở NYHA III, nhịp tim đều, tần số 90 ck/p, huyết áp 120/70 mmHg, phổi thông khí rõ, không có rale, SpO2 95% (thở oxy kính), bụng mềm, gan không to, cẳng bàn chân trái sưng, to hơn bên phải.

Xét nghiệm máu:

Chỉ số	Kết quả	Khoảng tham chiếu
Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi		
Số lượng bạch cầu	11,4 G/L	4-10 G/L
Tỷ lệ bạch cầu trung tính	73,3 %	45-75%
Tỷ lệ bạch cầu Mono	9,2%	0-8%
Haemoglobin	145 g/L	135-175 g/L
Số lượng tiểu cầu	215G/L	150-400 G/L
Sinh hóa máu		
Glucose	9,6 mmol/L	4-6 mmol/L
Creatinin	92 umol/L	59-104 umol/L
GOT	20 U/L	< 37 U/L
GPT	27 U/L	< 41U/L
Troponin T hs	24,8 ng/L	<14 ng/L
NT-ProBNP	1149 pg/ml	<125 pg/ml
Natri/Kali/Clo	138/3,8/103 mmol/L	

Bảng 1. Các chỉ số xét nghiệm máu. Khí máu động mạch có tình trạng giảm oxy hóa máu

pH	pCO2	P02	HC03	Lactat
7,44	35	61	23,8	1,2

Siêu âm mạch máu chi dưới: huyết khối mới tĩnh mạch (TM) sâu chi dưới bên trái, đầu trên nằm ở TM chậu ngoài bên trái

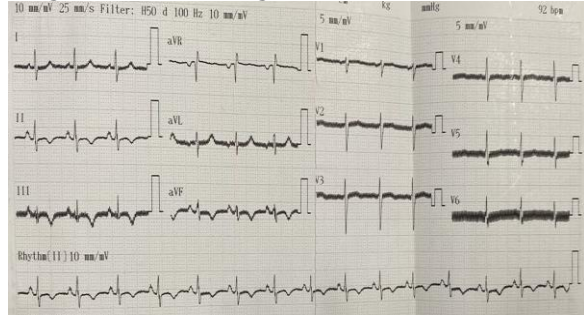


Hình 1. Hình ảnh huyết khối nhĩ phải trên siêu âm tim

Siêu âm tim: có khối đậm âm trong buồng nhĩ phải, kích thước 23x12mm, bám ở trần nhĩ phải, di động mạnh, tĩnh mạch chủ trên, chủ

dưới không thấy khối. Suy chức năng tâm thu thất phải (TAPSE 17, FAC 25%), áp lực động mạch phổi (tâm thu) 52 mmHg. Chức năng tâm thu thất trái bình thường (EF 73%).

Điện tâm đồ: Nhịp xoang, tần số 92 ck/p, sóng S sâu ở D1, sóng T âm ở DII, DIII, aVF.



Hình 2. Điện tâm đồ với hình ảnh S1-T3

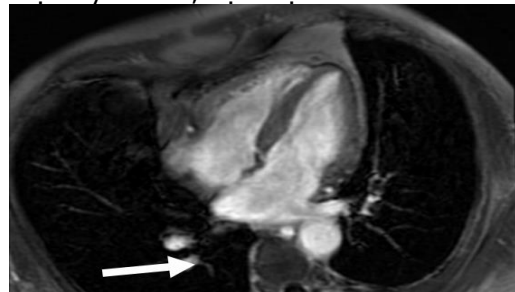
MSCT động mạch phổi: hình ảnh huyết khối bán phần nhánh phân thùy động mạch phổi hai bên, không có huyết khối ở thân chung và nhánh lớn.



Hình 3. Hình ảnh MRI tim: huyết khối buồng nhĩ phải trên xung Cine

MRI tim, xung Cine và T2W có: hình ảnh nốt kích thước 13x9mm ở buồng nhĩ phải, bờ không đều, ranh giới rõ, giảm tín hiệu trên. Xung LGE: sau tiêm không ngấm thuốc, nghĩ đến tổ chức huyết khối.

Các xét nghiệm tìm nguyên nhân gây huyết khối TM chi dưới đều âm tính, bao gồm các nguyên nhân gây tăng đông, các xét nghiệm tìm bệnh lý ác tính, bệnh tự miễn.



Hình 4. Hình ảnh MRI tim: huyết khối nhĩ phải thì ngấm thuốc muộn

Chẩn đoán: Huyết khối TM sâu chân trái- Huyết khối buồng nhĩ phải (typ A)- Nhồi máu phổi/THA.

Điều trị: Chúng tôi bắt đầu dùng chống đông Enoxaparin 1mg/kg x 2 lần/ngày (anti Xa = 0,7). Do BN có nguy cơ cao, nên có chỉ định phẫu thuật lấy huyết khối. Sau khi được giải thích về khả năng phẫu thuật tim lấy huyết khối, gia đình BN xin được bàn bạc thêm. BN được tiếp tục điều trị chống đông và làm các thăm dò chuẩn bị cuộc mổ. Tuy nhiên sau đó, gia đình BN không đồng ý phẫu thuật, nên BN tiếp tục được điều trị Nội khoa. Trong quá trình điều trị, tình trạng lâm sàng BN có cải thiện, đỡ khó thở, không đau ngực, huyết động ổn định. BN được siêu âm tim và tĩnh mạch lại. Kết quả cho thấy huyết khối TM chậu ngoài trái không lan rộng. Huyết khối nhĩ phải đã nhỏ hơn (từ 23x12mm, giảm còn 5x6mm) và kém di động. Sau đó là không còn hình ảnh huyết khối trong buồng nhĩ phải nữa. BN được xuất viện điều trị ngoại trú, tiếp tục duy trì thuốc chống đông.

IV. BÀN LUẬN

Cơ chế hình thành huyết khối hệ tĩnh mạch. Trong cơ thể luôn duy trì trạng thái cân bằng sinh lý giữa quá trình đông máu và quá trình chống đông máu, với sự tham gia của nhiều yếu tố đông máu và chống đông, trong đó nổi bật là vai trò điều hòa của nội mô mạch máu. Ba nguyên nhân kinh điển gây huyết khối hệ tĩnh mạch đã được tác giả Virchow mô tả gồm: tình trạng huyết động; tổn thương thành mạch; và rối loạn đông máu⁵. Ngoài ra, người ta còn phân loại yếu tố nguy cơ theo nguyên nhân mắc phải và di truyền. Các yếu tố nguy cơ mắc phải bao gồm: tình trạng bất động, phẫu thuật, chấn thương, thai kỳ, hậu sản, rối loạn đông máu do lupus, bệnh ác tính và điều trị hormon thay thế. Các yếu tố bẩm sinh liên quan đến thiếu hụt

Protein C, Protein S, và antithrombin ⁶. Một số nguyên nhân di truyền chủ yếu gặp ở người da trắng là đột biến yếu tố V Leiden; đột biến gen quy định prothrombin⁷.

Phân loại huyết khối trong buồng tim phải. Phân hội siêu âm tim châu Âu đã phân loại huyết khối tâm nhĩ phải thành 3 loại⁸:

- Loại A: huyết khối do di chuyển, thường có hình dạng dài, mỏng, có thể di động mạnh giống con giun, trôi nổi tự do, thường bắt nguồn từ hệ thống tĩnh mạch sâu chi dưới.

- Loại B: huyết khối hình thành tại chỗ ngay trong buồng tim phải, mức độ di động ít hơn, điển hình là những cục máu đông nhỏ bám vào thành tâm nhĩ, hoặc thiết bị trong buồng tim

- Loại C: huyết khối di động tại chỗ (mức độ di động mạnh hơn nhóm B), không có hình dạng con giun điển hình như loại A, có thể có cuống và gắn vào một điểm trên thành tâm nhĩ.

Về lâm sàng, huyết khối loại A là nhóm nguy cơ cao do biến chứng nhồi máu phổi hay gặp và nặng nề. Trong khi huyết khối loại B có thể lành tính hơn, tỷ lệ tử vong thấp hơn, mặc dù nhồi máu phổi không phải hiếm gặp⁸.

Chẩn đoán huyết khối trong buồng tim phải. Siêu âm tim (qua thành ngực và thực quản) là phương tiện đầu tay giúp đánh giá hiệu quả đặc điểm của huyết khối như vị trí, hình dạng, số lượng huyết khối, mức độ di động giúp định hướng phân loại. Tuy nhiên siêu âm tim cũng có một số bất lợi khi huyết khối ở phía sau tim phải, tình trạng béo phì, rối loạn nhịp, hoặc phải siêu âm trong tình trạng cấp cứu. Ngoài ra, siêu âm không cung cấp thông tin giúp chẩn đoán phân biệt các khối trong buồng tim⁹.

Chụp cộng hưởng từ tim là một phương tiện đáng tin cậy, hình ảnh không phụ thuộc người thực hiện. Đồng thời cung cấp thông tin giúp chẩn đoán phân biệt¹⁰.

Bảng 2. Đặc điểm của MRI tim trong chẩn đoán phân biệt các khối u tim

Phân loại	T1w*	T1w FAT-SAT	T2W	LGE
Các khối giả u				
Huyết khối	Thấp (cao nếu là mới)	Thấp	Thấp (cao nếu là mới)	Không ngấm thuốc
Nang màng ngoài tim	Thấp	Thấp	Cao	Không ngấm thuốc
Khối u lành tính				
U nhầy	Đồng tín hiệu	Đồng tín hiệu	Cao	Không đồng nhất
U mỡ	Cao	Thấp	Cao	Không ngấm thuốc
U xơ	Đồng tín hiệu	Đồng tín hiệu	Thấp	Ngấm thuốc mạnh
U cơ vân	Đồng tín hiệu	Đồng tín hiệu	Đồng tín hiệu/cao	Không (hoặc ít)
Khối u ác tính				
U mạch máu	Không đồng nhất	Không đồng nhất	Không đồng nhất	Không đồng nhất
Sarcoma cơ vân	Đồng tín hiệu	Đồng tín hiệu	Tăng tín hiệu	Đồng nhất
Sarcoma đa dạng	Đồng tín hiệu	Đồng tín hiệu	Tăng tín hiệu	Không đồng

không biệt hóa				nhất/biến đổi
U lympho	Đồng tín hiệu	Đồng tín hiệu	Đồng tín hiệu	Không/hoặc ít
Di căn	Thấp	Thấp	Cao	Không đồng nhất

T1w*: T1 weighted; T2w: T2 weighted; LGE: late gadolinium enhancement

Điều trị. BN huyết khối buồng tim phải thường đi kèm nhồi máu phổi, với nhiều độ tuổi, bệnh lý đồng mắc khác nhau. Do vậy, lựa chọn phương pháp điều trị trên từng bệnh nhân cụ thể vẫn là thách thức đối với bác sĩ lâm sàng.

Trong ca lâm sàng của chúng tôi, BN được xếp vào nhóm nguy cơ cao do tuổi cao, huyết khối kích thước lớn, di động mạnh, (huyết khối buồng tim loại A), đã có biến chứng nhồi máu phổi. Việc điều trị bằng thuốc chống đông đơn thuần mà huyết khối hết, không để lại biến chứng cũng là ít gặp. Chúng tôi đã xem lại một số nghiên cứu hồi cứu trước đây để bàn luận về ưu, nhược điểm của các phương pháp điều trị.

Nghiên cứu hồi cứu của Rose Peter tiến hành trên 177 BN được chia thành 4 nhóm: nhóm không điều trị; nhóm chỉ dùng thuốc chống đông đơn thuần; nhóm phẫu thuật lấy huyết khối và nhóm dùng thuốc tiêu huyết khối (2). Tỷ lệ tử vong tương ứng giữa các nhóm lần lượt là 100%; 28,6%; 23,8%; 11,3%. Phân tích cho thấy tuổi và giới không liên quan đến tỷ lệ tử vong, nhưng tiêu huyết khối giúp tăng tỷ lệ sống sót ($p < 0,05$) khi so sánh với các phương pháp điều trị khác¹.

Bảng 3. Nghiên cứu của Rose Peter. Hiệu quả của các phương pháp điều trị

Điều trị	Số lượng bệnh nhân	Tuổi	Tỷ lệ tử vong
Chống đông	35 (19,8%)	65.7 ± 14.0	28.6%
Phẫu thuật	63 (35,6%)	56.6 ± 18.4	23.8%
Tiêu huyết khối	62 (35,0%)	60.5 ± 15.6	11.3%

Hạn chế của nghiên cứu này không có đầy đủ thông tin về tình trạng lâm sàng, các bệnh lý đồng mắc có ảnh hưởng trực tiếp đến lựa chọn điều trị và kết cục lâm sàng. BN được điều trị bằng thuốc chống đông đơn thuần, có thể kèm

các bệnh lý đồng mắc khác, dẫn đến chống chỉ định phẫu thuật hoặc tiêu huyết khối, do đó tăng tỷ lệ tử vong. Tuổi trung bình của nhóm sử dụng thuốc chống đông đơn thuần có xu hướng cao hơn nhóm còn lại.

Một nghiên cứu hồi cứu khác của Burgos năm 2017 cho thấy tỷ lệ tử vong có phần thấp hơn ở nhóm BN phẫu thuật hoặc tiêu huyết khối, so với chỉ điều trị nội khoa bằng thuốc chống đông.

Bảng 4. Nghiên cứu của Burgos. Tỷ lệ tử vong giữa các nhóm BN theo phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Chung (N=207)	Huyết động không ổn định (n=65)	Huyết động ổn định (n=142)
Chống đông	36,4%	40%	29,2%
Phẫu thuật	18%	47,4%	9,4%
Tiêu huyết khối	18,2%	20,7%	14,7%
Tổng	21,3%	47 %	16%
P	0,03	0,1	0,06

Theo đó, ở những BN có huyết động không ổn định, tỷ lệ tử vong ở nhóm tiêu huyết khối là thấp nhất (20,7%), tuy nhiên khác biệt là không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,1$. Ở nhóm BN có huyết động ổn định, tỷ lệ tử vong ở những BN tiến hành phẫu thuật là thấp nhất là 9,4%, so với 29,2% ở nhóm chỉ dùng thuốc chống đông, và 14,7% ở nhóm dùng thuốc tiêu huyết khối, tuy nhiên, khác biệt cũng không đạt ý nghĩa thống kê, $p = 0,06$. Xét về độ tuổi và tình trạng lâm sàng, nhóm được lựa chọn phẫu thuật xu hướng trẻ hơn và tình trạng lâm sàng ít nặng nề hơn hai nhóm còn lại. Tuổi trung vị nhóm phẫu thuật là 57 (45-69) tuổi; nhóm dùng thuốc chống đông là 65 (56-75); nhóm tiêu huyết khối là 61 (56-75) tuổi, $p = 0,06$.

Bảng 5. Nghiên cứu của Burgos: một số đặc điểm lâm sàng của BN

	Chung	Chống đông	Phẫu thuật	Tiêu huyết khối	P
Tuổi (trung vị)	60 (49-72)	65 (56-75)	57 (45-69)	61 (56-75)	0.06
Giới (nam,%)	107 (51.7%)	22 (55)	46 (51,7)	35 (53)	0.7
Tụt huyết áp (n,%)	67 (32.4)	16 (41)	18 (21)	30 (48)	0.02
Thở nhanh (n,%)	101 (48.8)	27 (71)	29 (39)	40 (64)	0.02
Suy hô hấp (n,%)	88 (42)	23 (60)	26 (35)	36 (57)	0.06
Shock (n,%)	65 (31)	15 (38)	19 (22)	29 (46)	0.08

Nghiên cứu hồi cứu khác của D. Barrios năm 2017, thu thập 325 BN huyết khối buồng tim phải kèm theo nhồi máu phổi có triệu chứng. BN được chia thành hai nhóm: nhóm sử dụng chống

đông đơn thuần (255 BN) và nhóm tái tưới máu (70 BN, bao gồm cả tiêu sợi huyết và phẫu thuật). Kết quả cho thấy tỷ lệ tử vong do thuyên tắc phổi ở 2 nhóm tương ứng lần lượt là 7,8% và

4,7%; tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân lần lượt là 14% và 6,2%, những khác biệt này không đạt ý nghĩa thống kê.

Hạn chế của các nghiên cứu trên là thiết kế nghiên cứu hồi cứu, phương pháp điều trị được lựa chọn không phải ngẫu nhiên. Mặc dù các tác giả đã sử dụng cách ghép điểm xu hướng nhằm làm giảm sự khác biệt giữa các nhóm, yếu tố nhiễu có thể không được loại trừ hoàn toàn. Ngoài ra cỡ mẫu nhỏ, số lượng biến cố ít dẫn đến khoảng tin cậy rộng và hạn chế ý nghĩa của kết quả nghiên cứu.

Nhìn chung, phẫu thuật là phương pháp hiệu quả để lấy bỏ huyết khối trong buồng tim và nhánh lớn động mạch phổi ở BN có huyết động ổn định. Hạn chế là cần sử dụng tim phổi nhân tạo, yêu cầu kỹ thuật viên có kinh nghiệm, thời gian chuẩn bị và thời gian phẫu thuật kéo dài có thể làm giảm hiệu quả. Tiêu huyết khối có ưu điểm sử dụng nhanh trong trường hợp cấp cứu, hiệu quả làm tiêu cục máu đông ở nhiều vị trí (buồng tim, động mạch phổi, tĩnh mạch sâu); hạn chế là có thể gặp biến chứng chảy máu, nếu thất bại sẽ làm trì hoãn phẫu thuật. Điều trị bằng thuốc chống đông đơn thuần dường như không cho thấy kết quả ưu việt. Tuy nhiên, có thể cân nhắc trong trường hợp BN lớn tuổi, thể trạng kém, nhiều bệnh đồng mắc hoặc nguy cơ chảy máu cao.

V. KẾT LUẬN

Huyết khối trong buồng tim phải là bệnh lý nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao liên quan đến biến chứng nhồi máu phổi. Các bằng chứng hiện tại chủ yếu dựa vào báo cáo ca bệnh và các nghiên cứu hồi cứu. Điều trị nền tảng là thuốc chống đông máu. Hội chẩn đa chuyên khoa đóng vai

trò quan trọng nhằm cá thể hóa chỉ định tiêu sợi huyết và phẫu thuật lấy huyết khối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rose PS, Puniabi NM, Pearse DB.** Treatment of right heart thromboemboli. *Chest.* 2002; 121(3):806–14.
2. **Ferrari E, Benhamou M, Berthier F, et al.** Mobile thrombi of the right heart in pulmonary embolism: Delayed disappearance after thrombolytic therapy. *Chest.* 2005;121:1051–3.
3. **Kearon C, Akl EA, Ornelas J, et al.** Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST guideline and expert panel report. *Chest.* 2016;149(2):315–52
4. **Koc M, Kostrubiec M, Elikowski W, et al.** The Right Heart Thrombi European Registry. *Eur Respir J.* 2016;47(3):869–75.
5. **Anderson FA and Spencer FA.** Risk factors for venous thromboembolism. *Circulation.* 2003. 107: p. I9 -I16.
6. **Keizer MBAJ, den Heijer M, and Blom HJ.** Interaction between hyperhomocysteinemia, mutated methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) and inherited thrombophilic factor in recurrent venous thrombosis. *Thromb Haemost.* 2002. 88: p. 723.
7. **Dille A, Austin H, and Hooper WC.** Prevalence of the prothrombin 20210 G-to-A variant in blacks: Infants, patients with venous thrombosis, patients with myocardial infarction, and control subjects. *J Lab Clin Med.* 1998. 132: p. 452.
8. **Kronik G.** The European cooperative study on the clinical significance of right heart thrombi. *Eur Heart J.* 1989;10(12):1046–59.
9. **Tsana BKT, Platts DG, Javorsky G, Brown MR.** Right ventricular thrombus detection and multimodality imaging using contrast echocardiography and cardiac magnetic resonance imaging. *Heart Lung Circ* 2012;21:185–188.
10. **Barbaqallo M, Naef D, Köpfl P, Hufschmid U, Niemann T, Gebker R, Beer JH, Hireche-Chiakoui H.** Right ventricular thrombus, a challenge in imaging diagnostics: a case series. *Eur Heart J Case Rep.* 2021 Aug 25;5(9).

ĐÁNH GIÁ AN TOÀN PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ ROBOT HỖ TRỢ CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC TẠO HÌNH BÀNG QUANG TRỰC VỊ

Phạm Hữu Đoàn^{1,2}, Vũ Lê Chuyên³, Đỗ Vũ Phương¹,
Dương Đăng Hiếu², Nguyễn Hoàng Nam²

TÓM TẮT

¹Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, TP HCM

²Bệnh viện Bình Dân, TP HCM

³Bệnh viện Tâm Anh, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Đoàn

Email: 20.05.104.01@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình trực vị là một phẫu thuật phức tạp, ảnh hưởng không chỉ đến hệ thống tiết niệu sinh dục mà còn đến hệ thống tiêu hóa. Chúng tôi muốn áp dụng các tiêu chuẩn của thang điểm Clayien – Dindo (CDC) để đánh giá tính an toàn của phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt bàng quang tận gốc và tạo hình trực vị bằng hồi tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành theo dõi các người bệnh đã thực hiện phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị bằng phẫu thuật nội