

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Thu Hương.** Tìm hiểu sự thay đổi hàm lượng CA 72-4, CA 19-9 ở bệnh nhân ung thư dạ dày trước và sau mổ. Luận văn thạc sỹ. 2004.

2. **Safi F, Kuhns V, Beger HG.** Comparison of CA 72-4, CA 19-9 and CEA in the diagnosis and monitoring of gastric cancer. *The International Journal of Biological Markers.* 1995;10(2):100-106.

3. **Fernández-Fernández L, Tejero E, Tieso A, Rabadán L, Munoz M, Santos I.** Receiver operating characteristic (ROC) curve analysis of the tumor markers CEA, CA 19-9 and CA 72-4 in gastric cancer. *Int Surg.* 1996;81(4):400-402.

4. **Kodama I, Koufujii K, Kawabata S, et al.** The clinical efficacy of CA 72-4 as serum marker for gastric cancer in comparison with CA19-9

and CEA. *Int Surg.* 1995;80(1):45-48.

5. **Marrelli D, Pinto E, De Stefano A, Farnetani M, Garosi L, Roviello F.** Clinical utility of CEA, CA 19-9, and CA 72-4 in the follow-up of patients with resectable gastric cancer. *Am J Surg.* 2001;181(1):16-19.

6. **Liu X, Qiu H, Liu J, et al.** Combined preoperative concentrations of CEA, CA 19-9, and 72-4 for predicting outcomes in patients with gastric cancer after curative resection. *Oncotarget.* 2016;7(23):35446-35453. doi:10.18632/oncotarget.9060

7. **Chen C, Chen Q, Zhao Q, Liu M, Guo J.** Value of Combined Detection of Serum CEA, CA72-4, CA19-9, CA15-3 and CA12-5 in the Diagnosis of Gastric Cancer. *Ann Clin Lab Sci.* 2017;47(3):260-263.

## ĐẶC ĐIỂM ĐIỆN SINH LÝ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG NĂNG LƯỢNG SÓNG CÓ TẦN SỐ RADIO (RF) Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN NHỊP TIM TẠI BỆNH VIỆN 19 - 8

LÊ MẠNH

Bệnh viện 19-8, Bộ Công an

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm các thông số điện sinh lý tim cơ bản trong thăm dò điện sinh lý (TĐĐSL) tim và kết quả điều trị triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số Radio (RF) với một số rối loạn nhịp tim thường gặp tại Bệnh viện 19-8.

**Đối tượng và phương pháp:** 41 bệnh nhân có rối loạn nhịp tim được thăm dò điện sinh lý và điều trị triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số Radio từ tháng 5/2019 tới tháng 11/2020 tại Bệnh viện 19-8.

**Kết quả:** Có 3 nhóm rối loạn nhịp là ngoại tâm thu thất - nhịp nhanh thất (NTT/T - NNT), cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất (NNKPTT) và nhóm hội chứng Wolff-Parkinson-White (H/c W.P.W). Đặc điểm định sinh lý cơ bản trong TĐĐSL với thời gian chu kỳ (TGCK) cơ bản:  $703,27 \pm 67,6$  ms, khoảng PA:  $27,7 \pm 5,7$  ms,

khoảng AH:  $74,7 \pm 7,4$ ms, khoảng HV ở bệnh nhân mắc H/c W.P.W điển hình:  $2,3 \pm 6,6$  ms, khoảng HV chung:  $34,9 \pm 15,1$  ms. Thời gian trở (TGTr) cơ thất:  $219,2 \pm 11,9$  ms, TGTr cơ nhĩ:  $218,3 \pm 14,6$  ms, thời gian phục hồi nút xoang (tPHNX):  $933,6 \pm 64,9$  ms, thời gian phục hồi nút xoang hiệu chỉnh (tPHNXđ):  $250,3 \pm 65,6$  ms. Sau triệt đốt RF 41 BN rối loạn nhịp, thì có 22 bệnh nhân NTT/T – NNT (53,7%), 9 BN có cơn AVNRT (21,9%) và có 10 BN có đường dẫn truyền phụ (24,4%). Không có biến chứng nào trong quá trình thực hiện thủ thuật. Trong đó, có 40 BN được triệt đốt RF thành công (97,6%) và 1 BN không được triệt đốt thành công (2,4%).

**Kết luận:** Các chỉ số cơ bản trong TĐĐSL tim ở các bệnh nhân rối loạn nhịp đều trong giới hạn bình thường, trừ chỉ số HV ngắn ở BN có H/c W.P.W. TĐĐSL tim và triệt đốt rối loạn nhịp tim bằng năng lượng sóng có tần số Radio qua đường ống thông tại Bệnh viện 19 - 8 là phương pháp an toàn, hiệu quả và là biện pháp triệt đốt hàng đầu đối với điều trị các rối loạn nhịp tim.

**Từ khóa:** Thăm dò điện sinh lý, điều trị RF, H/c W.P.W, ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh thất.

Chịu trách nhiệm: Lê Mạnh  
Email: [drie1206@gmail.com](mailto:drie1206@gmail.com)  
Ngày nhận: 04/01/2021  
Ngày phản biện: 04/02/2021  
Ngày duyệt bài: 23/02/2021

## SUMMARY

*The electrophysiological parameters and the results of radiofrequency ablation in patient with cardiac arrhythmias at 19-8 hospital.*

*Objectives: To review the basic electrophysiological parameters in the electrophysiology study (EPS) of the heart and the results of radiofrequency ablation (RFA) with some common cardiac arrhythmia in 19-8 hospital. Participants and methods: 41 patients with arrhythmia were EPS and RFA from May 2019 to November 2020 at the 19-8 hospital.*

*Results: There are 3 groups of arrhythmias: Premature ventricular contraction - ventricular tachycardia (PVC - VT), paroxysmal supraventricular tachycardia (SVT) and the Wolff-Parkinson-White syndrome (W.P.W). Basic physiological characteristics in electrophysiology study with basic cycle length time (CL):  $703.27 \pm 67.6$  ms, PA range:  $27.7 \pm 5.7$  ms, AH:  $74.7 \pm 7$ , 4ms, HV interval in patients with typical WPW:  $2.3 \pm 6.6$  ms, general HV interval:  $34.9 \pm 15.1$  ms. The ventricular effective refractory period (ERF):  $219.2 \pm 11.9$  ms, the atrial ERF:  $218.3 \pm 14.6$  ms, the sinus node recovery time (SNRT):  $933.6 \pm 64.9$  ms, the corrected sinus node recovery time (CSNRT):  $250.3 \pm 65.6$  ms. After of RFA, 41 patients with arrhythmia, there were 22 patients PVC - VT (53.7%), 9 patients with AVNRT (21.9%) and 10 patients with accessory pathway (24.4%). There were 40 patients with successful ablation (97.6%) and 1 patient unsuccessful (2.4%).*

*Conclusions: The basic parameters in the electrophysiological study of cardiac arrhythmia patients are within the normal range, except for short-term HV in patients with Wolff-Parkinson-White syndrome. The EPS and RFA are a safe and effective treatment for cardiac arrhythmias in 19-8 hospital.*

**Keywords:** *electrophysiological parameters, radiofrequency, ventricular tachycardia*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp tim là một vấn đề thường gặp và rất phức tạp trong bệnh học tim mạch. Trong đó các cơn rối loạn nhịp nhanh kịch phát trên thất, ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh thất là các loại rối loạn rất hay gặp trên lâm sàng[1],[2]. Các thuốc chống rối loạn nhịp tim ra đời được coi là một cứu cánh cho các bệnh nhân bị rối loạn nhịp tim. Tuy nhiên việc điều trị bằng thuốc là một phương pháp điều trị không triệt để, mà chỉ có tác dụng giảm bớt tần suất xuất hiện các rối loạn nhịp tim. Hơn nữa tác dụng phụ do thuốc gây ra

cũng không phải là hiếm gặp, nhất là một trong những tác dụng phụ của thuốc lại là rối loạn nhịp tim như nhịp chậm, xoắn đỉnh.... Đặc biệt, điều trị bằng năng lượng sóng có tần số radio là một phương pháp điều trị triệt để. Nó cho phép loại bỏ hoàn toàn một số rối loạn nhịp tim với tỷ lệ thành công cao, tỷ lệ biến chứng thấp[1]. Tại Viện Tim Mạch Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai, hàng năm số lượng bệnh nhân rối loạn nhịp tim được điều trị bằng sóng cao tần trung bình vào khoảng hơn 2000 ca/năm và mỗi năm số lượng này lại tăng thêm khoảng 400-500 ca/năm. Thăm dò điện sinh lý tim cùng với triệt đốt các rối loạn nhịp tim bằng năng lượng sóng tần số radio qua đường ống thông được triển khai lần đầu tiên ở nước ta vào năm 1998 và hiện nay đã trở thành một kỹ thuật thường quy tại một số trung tâm tim mạch lớn trên cả nước. Bệnh viện 19-8 là đơn vị đầu tiên của Bộ Công an triển khai kỹ thuật thăm dò điện sinh lý tim và điều trị các rối loạn nhịp tim bằng năng lượng sóng có tần số Radio (RF). Đây là kỹ thuật lần đầu được thực hiện tại Bệnh viện 19-8, việc đánh giá kết quả là điều hết sức cần thiết. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài “Nhận xét đặc điểm điện sinh lý và kết quả điều trị bằng năng lượng sóng có tần số Radio (RF) trên bệnh nhân rối loạn nhịp tim tại Bệnh viện 19-8” nhằm mục tiêu:

*Nhận xét đặc điểm các thông số điện sinh lý tim cơ bản trong thăm dò điện sinh lý và kết quả ứng dụng thăm dò điện sinh lý học tim trong điều trị triệt đốt bằng sóng có tần số radio với một số rối loạn nhịp tim.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

41 bệnh nhân (BN) rối loạn nhịp tim nhập viện điều trị tại Khoa Tim mạch, Bệnh viện 19-8 từ tháng 5 năm 2019 tới tháng 11 năm 2020. Được TD DSL tim và triệt đốt RF các rối loạn nhịp tim.

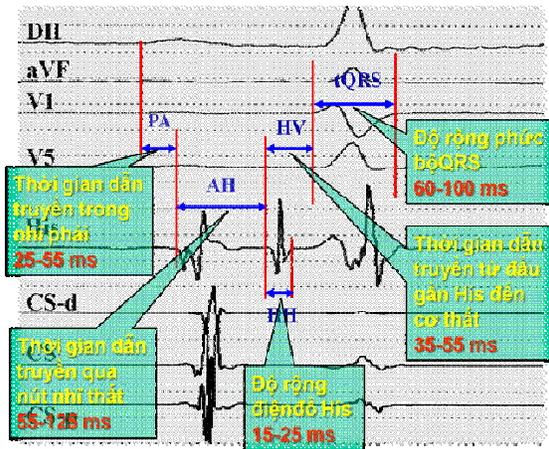
Tiêu chuẩn lựa chọn: Các BN rối loạn (RL) nhịp có điện tâm đồ NTT/T – NNT, Cơn NNKPTT, H/c W.P.W được TD DSL tim và triệt đốt RF.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN đang dùng thuốc kiểm soát RL nhịp, sử dụng các thiết bị hỗ trợ tạo nhịp: máy tạo nhịp, ICD, CRT. Các BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện



Đo các khoảng dẫn truyền trong tim.

\*Nguồn: Theo VNHA 2013

Thu thập thông tin về thăm dò điện sinh lý và

Các thông số cơ bản trong TD DSL tim: Khi đánh giá về các khoảng điện đồ cơ bản đo được trên điện đồ bó His chúng tôi thu được kết quả sau:

Bảng 1. Các khoảng dẫn truyền trong buồng tim

Các khoảng ĐTĐ	Chung	NTT/T - NTT	Cơ NNKPTT	H/c W.P.W	P
TGCK nhịp cơ bản(ms)	703,27±67,6	722,1± 60,3	660,6 ± 86,2	705,2 ± 62,5	
Khoảng PA (ms)	27,7 ± 5,7	26,7 ± 2,8	27,3 ± 7,1	30,33 ± 9,8	
Khoảng AH (ms)	74,7 ± 7,4	73,3 ± 5,8	74,5 ± 5,6	76,1 ± 10,7	
Khoảng HV (ms)	34,9 ± 15,1	39,1 ± 6,8	43,1 ± 3,5	2,3 ± 6,6	< 0,05
Độ rộng QRS (ms)	81,1 ± 22,4	79,1 ± 10,3	75,7 ± 7,4	122,5 ± 24,1	< 0,05

\* giá trị p của so sánh ghép cặp giữa H/c W.P.W và các nhóm khác

Nhận xét: Khoảng HV trung bình trong nhóm W.P.W điển hình là 2,3 ± 6,6 ms có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với khoảng HV trung bình của các bệnh nhân ở nhóm NTT/T – NTT là 39,1 ± 6,8 ms ( $p < 0,05$ ), nhóm cơ NNKPTT là 43,1 ± 3,5 ms ( $p < 0,05$ ).

Độ rộng QRS trung bình ở nhóm W.P.W điển hình là 122,5 ± 24,1ms có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với độ rộng QRS trung bình của các bệnh nhân ở nhóm NTT/T – NTT là 79,1 ± 10,3 ms với ( $p < 0,05$ ), nhóm cơ NNKPTT là 75,7 ± 7,4 ms với ( $p < 0,05$ ).

Bảng 2. Thời gian trơ cơ nhĩ, trơ cơ thất

	TGTr cơ nhĩ (ms) ( $\bar{x} \pm SD$ )	TGTr cơ thất (ms) ( $\bar{x} \pm SD$ )	p
NTT/T- NTT	203,8±26,3	211,7±22,1	>0,05
Cơ NNKPTT	196,4±24,0	210,6±25,8	>0,05
H/c W.P.W	195,5±19,9	209,0±15,9	>0,05
Chung	218,3 ± 14,6	219,2 ± 11,9	>0,05

triet đốt RF: thu thập các thông số về điện đồ cơ bản trong buồng tim, loại rối loạn nhịp...của bệnh nhân.

Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý theo các thuật toán thống kê y học trên máy vi tính với sự trợ giúp của phần mềm SPSS 20.0.

### KẾT QUẢ

Đặc điểm tuổi và giới: Tuổi trung bình của nghiên cứu là 46,4 ± 15,7 tuổi, tuổi cao nhất là 73 tuổi và thấp nhất là 19 tuổi, với tỉ lệ nam là 60,9% và nữ là 39,1%. Ở nhóm NTT/T – NTT 68,2% là nam, ở nhóm AVNRT là 44,4% là nam và nhóm AVRT là 60% là nam.

Triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng thường gặp trong rối loạn nhịp là hồi hộp trống ngực (85,4%) sau đó là choáng váng (24.4%), xỉu, ngất gặp ở 4,8% BN

Nhận xét: Các giá trị của TGTr cơ nhĩ và cơ thất trung bình đều nằm trong giới hạn bình thường. Nếu so sánh TGTr cơ nhĩ và cơ thất giữa các nhóm rối loạn nhịp tim với nhau thì sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Bảng 3. Thăm dò chức năng nút xoang

	tPHNX (ms) ( $\bar{x} \pm SD$ )	p	tPHNXđ (ms) ( $\bar{x} \pm SD$ )	P
NTT/T – NTT	946,9 ± 57,1	>0,05	252,9 ± 58,7	>0,05
Cơ NNKPTT	890,7 ± 86,8	>0,05	252,2 ± 92,1	>0,05
H/c W.P.W	952 ± 51,8	>0,05	247±77,9	>0,05
Chung	933,6 ± 64,9	>0,05	250,3±65,6	>0,05

Nhận xét: Để đánh giá giá chức năng nút xoang, chúng tôi sử dụng thông số thời gian phục hồi nút xoang (tPHNX) khi KT nhĩ ở TGCKKT là 600 ms. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị trung bình của tPHNX và tPHNXđ của các nhóm BN đều trong giới hạn bình thường và sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Bảng 4. Đặc điểm điện sinh lý hệ thống dẫn truyền nhĩ – thất qua chiều xuôi và chiều ngược thất – nhĩ qua nút nhĩ thất

	Block N-T (ms) ( $\bar{x} \pm SD$ )	Block T-N (ms) ( $\bar{x} \pm SD$ )
NTT/T – NNT	327,7 ± 44,5 (N=22)	405,4 ± 133,3 (N=16)
AVNRT	313,3 ± 17,3 (N=9)	414,4 ± 98,5 (N=5)
AVRT*	329,4 ± 36,9 ** (N=10)	380,1 ± 46,0 ** (N=6)
Chung	340,2 ± 43,8 (N=41)	407,5 ± 74,5 (N=27)

Ghi chú \*Nhóm Bn có dẫn truyền phụ bao gồm H/c W.P.W điển hình và cơn AVRT có đường DT phụ ẩn

\*\* Đặc điểm DT của hệ thống DT N-T sau khi điều trị RF thành công

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân NTT/T –NTT thời gian chu kỳ wenkerbach chiều xuôi hay còn gọi là block nhĩ – thất trung bình là 327,7 ± 44,5ms, và ở nhóm AVNRT là 313,33 ± 17,3ms. Còn đối với dẫn truyền ngược thất – nhĩ ở nhóm NTT/T-NNT có 16 BN có dẫn truyền ngược với thời gian trung bình bị block T-N là 405,4 ± 133,3 ms và ở nhóm AVNRT có 5 BN có dẫn truyền ngược qua nút nhĩ – thất có thời gian trung bình bị block T-N là 414,4 ± 98,5 ms. Còn ở nhóm bệnh nhân có dẫn truyền phụ chúng tôi đánh giá đặc điểm DT của hệ thống DT N-T sau khi triệt đốt đường dẫn truyền phụ thành công thì điểm Wenkerbach chiều xuôi là 329,4 ± 36,9 ms và có 6 BN có dẫn truyền ngược thất – nhĩ là 380,1 ± 46,0 ms.

Đặc điểm điện sinh lý của dẫn truyền nút nhĩ thất và đường dẫn truyền phụ ở 2 nhóm AVNRT và AVRT

	AVNRT	AVRT
TGCKKT gây block đường phụ chiều xuôi (*n = 6) (ms)		275,3±61,2
TGCKKT gây block đường phụ chiều ngược (**n = 7) (ms)		273,6±80,5
TGTr đường phụ chiều xuôi (*n = 6) (ms)		245,4±42,6
TGTr đường phụ chiều ngược (**n=7) (ms)		254,6±76,3
TGTr nút N-T chiều xuôi (n = 9)(ms)	241,4±38,2	
TGTr đường nhanh chiều xuôi (n = 9)(ms)	298,7±36,4	
TGTr đường chậm chiều xuôi (n = 9)(ms)	259,8±39,4	

Nhận xét: Trong nhóm BN có cơn AVRT, các thông số về TGCKKT gây block đường phụ chiều xuôi, chiều ngược và TGTr đường phụ chiều xuôi, chiều ngược đều rất ngắn. Trong nhóm BN có cơn AVNRT, các thông số phản ánh đặc điểm điện sinh lý của nút N-T chiều xuôi bao gồm: TGTr nút N-T chiều xuôi, TGTr đường nhanh chiều xuôi, TGTr đường chậm chiều xuôi có giá trị trung bình lần lượt là: 241,4±38,2 (ms), 298,7±36,4 (ms) và 259,8±39,4 (ms). Như vậy, DT qua nút N-T theo chiều xuôi của nhóm BN cơn AVNRT đều rất tốt.

Kết quả điều trị rối loạn nhịp tim: Có 41 BN được thăm dò điện sinh lý và triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số Radio (RF) trong đó có 40 BN thành công (97,6%) và 1 BN không thành công (2,4%). Không có BN xuất hiện các biến chứng trong quá trình làm thủ thuật.

Có 9 bệnh nhân có cơn AVNRT (21,9%) thì có 8 bệnh nhân xuất hiện cơn AVNRT thể điển hình chậm – nhanh và 1 bệnh nhân thể không điển hình chậm – chậm.

Có 10 bệnh nhân (24,4%) có đường dẫn truyền phụ bao gồm 4 bệnh nhân có cơn AVRT với đường dẫn truyền phụ ẩn và 6 bệnh nhân đường dẫn truyền phụ điển hình (H/c W.P.W) khi thăm dò phát hiện 3 bệnh nhân có cơn AVRT.

Vị trí triệt đốt thành công đường dẫn truyền phụ ẩn gặp nhiều nhất ở thành bên trái (van hai lá) 70%, ở vách là 20% và 10% thành bên phải (van ba lá)

Có 19 bệnh nhân có ngoại tâm thu thất số lượng nhiều và 3 bệnh nhân có cơn tim nhanh thất (53,7%), có 1 bệnh nhân có 2 ổ khởi phát ngoại tâm thu. Ngoại tâm thu khởi phát ở đường ra thất phải chiếm đa số (62,5%), sau đó tới xoang Valsalva (29,2%). Có 2 bệnh nhân (8,3%) khởi phát từ LV Summit và có 1 bệnh nhân triệt đốt không thành công.

### BÀN LUẬN

Nhìn chung, độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới [2],[6].

Về giới tính 61% số BN của chúng tôi là nam giới. Khi so sánh với kết quả của các tác giả khác chúng tôi thấy kết quả có phần khác biệt so với các nghiên cứu. Nguyên nhân chính là bởi trong nghiên cứu của chúng tôi, cỡ mẫu còn khá nhỏ, chưa thể phản ánh được chính xác tỷ lệ phân bố giới tính của quần thể BN có rối loạn nhịp [1],[2],[7].

#### 1. Các thông số cơ bản TD ĐSL tim

Khoảng PA, AH, TGCK nhịp xoang cơ bản đều

trong giới hạn bình thường và khác biệt không ý nghĩa thống kê, tương tự như các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác.

Khoảng HV có sự khác biệt rõ rệt, có ý nghĩa thống kê giữa nhóm BN H/c W.P.W và các nhóm bệnh nhân khác  $p < 0,05$ . Sự hiện diện của đường dẫn truyền phụ nối liền giữa nhĩ và thất trong hội chứng WPW dẫn đến một bộ phận cơ tâm thất khử cực sớm hơn bình thường, hiện tượng này làm cho khoảng HV (chính là khoảng His – Delta) ngắn lại [4], thậm chí có giá trị âm (tức là cơ thất đã khử cực ngay cả khi xung động theo đường dẫn truyền bình thường chưa tới được bó His) [3].

Khi đánh giá chức năng nút xoang, chúng tôi thường dựa tPHNX và hiệu chỉnh theo tần số tim là tPHNXđ và các giá trị này trong giới hạn bình thường. Kết quả này cũng tương tự như nhiều nghiên cứu khác [6], [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời kì trơ hiệu quả của cơ thất và cơ nhĩ giữa các nhóm nghiên cứu, và thời kì trơ này cũng nằm trong giới hạn bình thường theo các tác giả trên thế giới [2],[8].

- Về đặc điểm DT của hệ thống DT N-T (đối với nhóm BN cơn AVRT chúng tôi đánh giá đặc điểm DT của hệ thống DT N-T sau khi điều trị RF thành công), TGCKKT nhĩ gây block DT N-T trung bình của nhóm NTT/T - NNT là:  $327,7 \pm 44,5$  ms, trong nhóm AVNRT là  $313,3 \pm 17,3$  và nhóm AVRT là  $329,4 \pm 36,9$  ms.

TGCKKT thất gây block DT T-N trung bình của nhóm NTT/T – NNT là:  $405,4 \pm 133,3$  ms, nhóm AVNRT là  $414,4 \pm 98,5$  ms và nhóm AVRT là  $380,1 \pm 46,0$  ms

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [2],[6]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6 BN có H/c WPW điển hình: TGCKKT gây block đường phụ chiều xuôi là:  $275,3 \pm 61,2$  ms và TGTr đường phụ chiều xuôi là:  $245,4 \pm 42,6$  ms. Trong nhóm AVRT nói chung, các thông số: TGCKKT gây block đường phụ chiều ngược là:  $273,6 \pm 80,5$  ms và TGTr đường phụ chiều ngược là:  $254,6 \pm 76,3$  ms. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [2],[6].

- Trong nhóm BN cơn AVNRT, các thông số phản ánh đặc điểm điện sinh lý của nút N-T chiều xuôi bao gồm: TGTr nút N-T chiều xuôi, TGTr đường nhanh chiều xuôi, TGTr đường

chậm chiều xuôi có giá trị trung bình lần lượt là:  $241,4 \pm 38,2$  (ms),  $298,7 \pm 36,4$  (ms) và  $259,8 \pm 39,4$  (ms). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [1],[2],[7]

## 2. Kết quả điều trị rối loạn nhịp tim

Trong 9 BN có cơn AVNRT có 8 BN (88,9%) có cơn AVNRT thể điển hình (chậm – nhanh), có 1 BN có cơn AVNRT không điển hình thể chậm – chậm, chúng tôi không gặp trường hợp nào thể nhanh – chậm, thể phối hợp và đường chậm bên trái. Nguyên nhân có lẽ vì cỡ mẫu bệnh nhân của chúng tôi nhỏ, lượng BN ít.

Vị trí đường DT phụ N-T gặp nhiều ở thành tự do bên trái (vòng van hai lá), sau đến vùng vách (trước vách, giữa vách và sau vách) và gặp ít nhất ở thành tự do bên phải (vòng van ba lá). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu đã công bố của nhiều tác giả khác trong và ngoài nước [2],[6].

Vị trí NTT/T đa số xuất hiện ở đường ra thất phải chiếm 62,5%, có 7 NTT/T – NNT khởi phát ở xoang Valsalva (29,2%) và có 2 NTT/T khởi phát từ LV Summit trong đó có 1 case NTT/T khởi phát từ LV Summit chưa được triệt đốt thành công. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Yoshida [5].

## KẾT LUẬN

Các chỉ số cơ bản trong TD ĐSL tìm ở các bệnh nhân rối loạn nhịp đều trong giới hạn bình thường, trừ chỉ số HV ngắn ở trong BN có H/c W.P.W.

Thăm dò ĐSL tim và triệt đốt bằng năng lượng sóng Radio là phương pháp an toàn, hiệu quả cao đối với các bệnh nhân rối loạn nhịp tim, với tỉ lệ thành công (97,5%) tại Bệnh viện 19-8.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Song Giang** (2012), *Nghiên cứu đặc điểm điện sinh lý và điều trị nhịp nhanh do vòng vào lại nút nhĩ thất bằng năng lượng sóng có tần số radio*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. **Phạm Quốc Khánh** (2002), "Nghiên cứu điện sinh lý học tìm qua đường tĩnh mạch trong chẩn đoán và điều trị một số rối loạn nhịp tim", *Luận án Tiến sĩ Y học*.

3. **N. Bottoni C. Tomasi, P. Donateo**: Clinical and electrophysiological characteristics in patients with atrioventricular reentrant and atrioventricular nodal reentrant tachycardia. *Europace: European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology: journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology* 2003, 5:225 - 229.

4. **Morady Aman Chugh and Fred**:

Preexcitation, Atrioventricular Reentry, and Variants. In: *Supraventricular tachycardia: Mechanisms, clinical features and management*. edn.: 755 - 765.

5. Yoshida N, Inden Y, Uchikawa T, Kamiya H, Kitamura K, et al(2011). Novel transitional zone index allows more accurate differentiation between idiopathic right ventricular outflow tract and aortic sinus cuspventricular arrhythmias. *Heart Rhythm*. 2011 Mar; 8(3):349-56.

6. Trần Văn Đồng (2006). *Nghiên cứu điện*

*sinh lý tim và điều trị hội chứng Wolff-Parkinson-White bằng năng lượng sóng có tần số Radio*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.

7. Porter M.J., Morton J.B., Denman R., et al. (2004). Influence of age and gender on the mechanism of supraventricular tachycardia. *Heart Rhythm*, 1(4), 393–396.

8. MD Mark E. Josephson: *Clinical Cardiac Electrophysiology: Techniques and Interpretations*.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY ĐƯỜNG TRÊN ĐÒN DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM ĐỂ GIẢM ĐAU TRONG PHẪU THUẬT

BẠCH NGỌC ANH  
Bệnh viện 19-8, Bộ Công An

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả vô cảm của phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường trên xương đòn dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện 19-8 và các tác dụng không mong muốn.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 30 bệnh nhân phẫu thuật chi trên vô cảm bằng phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường trên đòn dưới hướng dẫn của siêu âm, sử dụng hỗn hợp thuốc tê gồm lidocaine và ropivacain. Đánh giá hiệu quả vô cảm và các tác dụng không mong muốn có thể xảy ra.

**Kết quả:** tỷ lệ thực hiện kỹ thuật thành công 100%, chất lượng giảm đau trong mổ tốt, mức độ hài lòng của bệnh nhân và phẫu thuật viên cao; không có sự khác biệt về tuần hoàn, hô hấp qua các thời điểm nghiên cứu; không có tai biến xảy ra.

**Kết luận:** Sử dụng máy siêu âm trong gây tê vùng tăng hiệu quả vô cảm, giảm biến chứng.

**Từ khóa:** Hiệu quả vô cảm, gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường trên xương đòn dưới hướng dẫn siêu âm.

Chịu trách nhiệm: Bạch Ngọc Anh  
Email: bachngocanh.gmhs198@gmail.com  
Ngày nhận: 07/01/2021  
Ngày phản biện: 16/02/2021  
Ngày duyệt bài: 24/02/2021

### SUMMARY

**EVALUATE THE ANESTHETIC OF THE METHOD OF ANESTHESIA OF THE BRACHIAL PLEXUS UNDER ULTRASOUND GUIDANCE FOR PAIN RELIEF DURING SURGERY**

**Objectives:** To evaluate the anesthetic effect of the method of anesthesia of the brachial plexus under ultrasound guidance at 19-8 Hospital and the undesirable effects.

**Subjects and research methods:** 30 patients with anesthesia surgery on the upper limb with ultrasound guided upper arm plexus anesthesia, using a mixture of anesthetics including lidocaine and ropivacaine. Assessment of insensitive effects and possible undesirable effects.

**Results:** 100% successful technique implementation rate, good quality of pain relief in surgery, high satisfaction of patients and surgeons; there were no differences in circulation, respiratory through time of the study; No accident happened.

**Conclusions:** Using an ultrasound machine in anesthesia increases the effectiveness of anesthesia, reduces complications.

**Keywords:** Anesthetic effect, anesthesia of the brachial plexus under ultrasound.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) là phương pháp vô cảm chủ yếu dùng trong phẫu thuật chi trên. Gây tê trên xương đòn