

thể ở đây là sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh sẽ được chăm sóc tốt nhất.

Chu trình PDSA được giới thiệu tới nhóm cán bộ chủ chốt của BV tuyến huyện, tuyến tỉnh trong vòng 1 năm, với ít nhất 12 cuộc họp, một số BV còn triển khai kéo dài thêm 6 tháng với 18 cuộc họp. Đây là một cách thức để biến từ kiến thức, thực hành thành nhận thức, hành động. Thời gian 1 năm đủ để các CBYT hiểu về phương pháp này và thực hành thành thạo theo các bước của phương pháp. Sau đó, ngay cả khi dự án kết thúc, thói quen tư duy và làm việc theo phương pháp PDSA sẽ giúp họ có thể giải quyết bất kỳ khó khăn nào trong công việc, nếu vấn đề khó khăn nằm ngoài phạm vi của cá nhân thì họ cũng sẽ yêu cầu sự phối hợp của nhiều đơn vị, những điều này các CBYT đều đã có kinh nghiệm thực tế trong quá trình tham gia dự án. Đây cũng chính là kết quả lâu dài mà dự án mong muốn đạt được.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Bài báo này chủ yếu tập trung vào đánh giá mức độ tiếp nhận phương pháp PDSA của CBYT tuyến tỉnh, tuyến huyện trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ - trẻ sơ sinh. Nhìn chung, CBYT của 2 tuyến này nhận định chu trình PDSA là thuận tiện và phù hợp để giải quyết vấn đề; các bước trong chu trình rõ ràng, dễ hiểu, dễ thực hiện. Phương pháp này có tính khả thi, có thể áp dụng với tất cả các khoa phòng trong BV và duy trì ngay cả khi dự án kết thúc. Tuy nhiên, để phương pháp đạt hiệu quả cao nhất thì cần tập huấn riêng cho các trường nhóm về mục đích của chương trình và cách

điều hành thảo luận nhóm trước khi tiến hành. Đồng thời nêu cao vai trò, trách nhiệm của các CBYT để họ nhận thức được tầm quan trọng của bản thân trong công việc và tăng cường sự cam kết của các cá nhân và đơn vị có liên quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bhutta, Z.A., et al.** Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet, 2014

2. **Wallin, L., et al.** Implementing knowledge into practice for improved neonatal survival; a cluster-randomised, community-based trial in Quang Ninh province, Vietnam. BMC Health Serv Res, 2011. 11: p. 239

3. **Malqvist, M., et al.** Effect of Facilitation of Local Stakeholder Groups on Equity in Neonatal Survival; Results from the NeoKIP Trial in Northern Vietnam. PLoS One, 2015. 10(12): p. e0145510

4. Bộ Y tế 2016. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3866580/>

6. <https://www.managementstudyguide.com/role-of-team-leader.htm>

7. **Dương Minh Đức, Bùi Thị Thu Hà.** Vai trò của lãnh đạo địa phương trong một can thiệp cộng đồng nhằm tăng cường áp dụng kiến thức vào thực hành chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh (NeoKIP) tại Quảng Ninh, 2008 - 2011. Tạp chí Y tế Công cộng, 6.2015, số 36, trang 48 - 54.

KẾT QUẢ CẮT ĐỐT BẰNG SÓNG CAO TẦN QUA CATHETER ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN NHỊP THẮT VÔ CĂN XUẤT PHÁT TỪ BUỒNG TỔNG THẮT PHẢI

**NGUYỄN ĐÌNH SƠN NGỌC, HOÀNG QUANG MINH
NGUYỄN MINH NHỰT, LƯƠNG CAO SƠN
Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính hiệu quả và an toàn của cắt đốt bằng sóng cao tần qua catheter trong điều trị các rối loạn nhịp thất vô căn xuất phát từ buồng tổng thất phải.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đình Sơn Ngọc

Email: ngoc.nds@umc.edu.vn

Ngày nhận: 11/3/2021

Ngày phản biện: 08/4/2021

Ngày duyệt bài: 19/4/2021

Phương pháp và kết quả: Mô tả cắt ngang. Trong thời gian từ tháng 1/2016 đến tháng 1/2020, có 66 bệnh nhân đã được thăm dò điện sinh lý tim và cắt đốt ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh thất từ buồng tổng thất phải có triệu chứng.

Kết quả: Tỷ lệ thành công của thủ thuật là 87,9 % và không có trường hợp tái phát trong thời gian theo dõi trung bình 10,03 tháng. Vị trí cắt đốt thành công thường ở vùng trước vách buồng tổng thất phải (70,7%), pacemap \geq 11/12

chuyển đạo và activation map $\geq 30ms$ là yếu tố dự báo cắt đốt thành công. Có một trường hợp bị tràn dịch màng ngoài tim trong lúc làm thủ thuật và tự giới hạn.

Kết luận: Cắt đốt bằng sóng cao tần qua catheter có thể được thực hiện hiệu quả, an toàn ở đa số bệnh nhân có rối loạn nhịp thất vô căn xuất phát từ buồng tổng thất phải.

Từ khóa: Cắt đốt bằng sóng cao tần qua catheter, nhịp nhanh thất buồng tổng thất phải, ngoại tâm thu thất buồng tổng thất phải.

SUMMARY

RADIOFREQUENCY CATHETER ABLATION OF IDIOPATHIC RIGHT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT ARRHYTHMIAS

Objective: The purpose of this study was to evaluate the efficacy and safety of radiofrequency catheter ablation (RFCA) of idiopathic right ventricular outflow arrhythmias.

Methods and results: Cross sectional study. 66 consecutive patients with symptomatic idiopathic right ventricular outflow arrhythmias underwent electrophysiology study and RFCA from Jan 2016 to Jan 2020.

Results: The successful rate was 87,9% and there is no recurrence after a followed-up of 10,03 months. Successful site of RFCA were made on the septal and anterior of right ventricular outflow tract (70,7%), pacemap $\geq 11/12$ leads and activation map $\geq 30ms$ are the predictors of successful ablation. One patient suffered from pericardial effusion during procedure.

Conclusion: RFCA of idiopathic right ventricular outflow tract arrhythmias is effective and safe in a majority of patients and may be considered as early therapy in these patients.

Keywords: Radiofrequency catheter ablation, right ventricular outflow tract ventricular tachycardia, idiopathic left ventricular tachycardia.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các rối loạn nhịp thất thường có biểu hiện lâm sàng nặng với nguy cơ gây rối loạn huyết động cao, dễ diễn tiến sang rung thất, gây ngưng tim và đột tử do tim. Các rối loạn nhịp thất được chia làm 2 nhóm: rối loạn nhịp thất có nguyên nhân, thường là trên nền có bệnh tim cấu trúc (ví dụ bệnh tim thiếu máu cục bộ, nhồi máu cơ tim, bệnh cơ tim giãn nở, bệnh cơ tim phì đại...) và rối loạn nhịp thất nguyên phát vô căn, nghĩa là trên nền không có bệnh cấu trúc tim. Mặc dù, các rối loạn nhịp thất thường xảy ra trên nền có bệnh cấu trúc tim, nhưng có đến

15% nhịp nhanh thất và 10% rung thất có thể xảy ra trên những bệnh nhân không có bệnh cấu trúc tim [1].

Rối loạn nhịp thất vô căn bao gồm nhịp nhanh thất (NNT) và ngoại tâm thu thất (NTTT) chủ yếu xuất phát từ đường ra thất phải (một số ít xuất phát từ đường ra thất trái), nhịp nhanh thất trái vô căn (hoặc còn gọi là nhịp nhanh thất vòng vào lại phân nhánh) [2,3]. Việc điều trị các rối loạn nhịp thất thường khó khăn, nhất là các loại thuốc chống loạn nhịp hiện nay thường có tác dụng hạn chế, nhiều tác dụng phụ cũng như có thể gây ra những rối loạn nhịp thứ phát khác do thuốc. Cắt đốt bằng catheter dùng năng lượng sóng cao tần được chứng minh điều trị triệt căn an toàn và hiệu quả nhịp nhanh thất, đặc biệt là các cơn nhịp nhanh thất vô căn [4]. Hiện tại, với sự hỗ trợ của hệ thống 3D mapping việc điều trị đốt ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh thất trở nên dễ dàng hơn, tuy nhiên giá thành cao và hiện tại ở Việt Nam không có nhiều trung tâm có hệ thống 3D mapping.

Hơn nữa các nghiên cứu về rối loạn nhịp thất vẫn còn chưa được báo cáo nhiều tại nước ta, với tỷ lệ thành công của các thủ thuật cắt đốt bằng catheter trong rối loạn nhịp thất còn khá khiêm tốn tại các trung tâm điện sinh lý (khoảng 80 - 90%) [5,6]. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Kết quả cắt đốt bằng sóng cao tần qua catheter điều trị các rối loạn nhịp thất vô căn xuất phát từ buồng tổng thất phải" với các mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm điện sinh lý vị trí cắt đốt thành công của các rối loạn nhịp thất vô căn xuất phát từ buồng tổng thất phải và đánh giá hiệu quả, tính an toàn của phương pháp cắt đốt qua catheter bằng sóng cao tần trong điều trị các rối loạn nhịp thất vô căn xuất phát từ buồng tổng thất phải.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp cắt đốt qua catheter điều trị các rối loạn nhịp thất vô căn xuất phát từ buồng tổng thất phải bằng sóng cao tần.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả hàng loạt ca được tiến hành trên 66 bệnh nhân (BN) nhập Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược từ tháng 1/2016 đến tháng 1/2020 để điều trị rối loạn nhịp thất. Các BN được xác định không có bệnh lý cấu trúc tim bằng siêu âm tim, chụp động mạch vành hoặc MSCT mạch vành nếu BN có suy tim EF giảm, có các dấu hiệu gợi ý bệnh mạch vành như đau ngực điển hình kiểu mạch vành, có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch, điện tâm đồ nghi ngờ thiếu máu cục bộ cơ tim

và chụp MRI tim nếu cần thiết. Các BN có ít nhất một trong các triệu chứng sau: hồi hộp, choáng váng, đau ngực, ngất và không đáp ứng với thuốc chống loạn nhịp hoặc BN chưa điều trị thuốc nhưng có mong muốn làm thủ thuật. Sau xuất viện bệnh nhân được tái khám hoặc điện thoại hỏi thăm tình trạng sức khỏe nếu không tái khám. Thời gian theo dõi trung bình sau thủ thuật là 10,03 tháng.

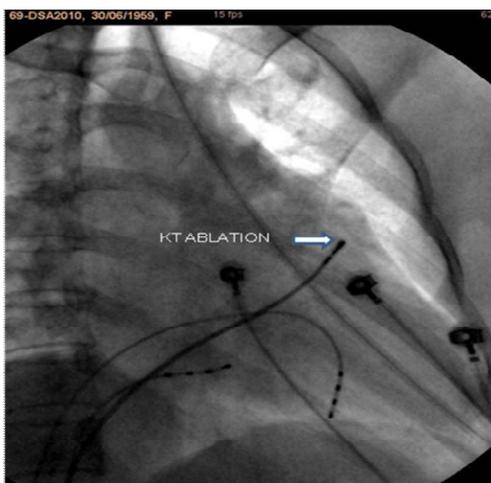
2. Thăm dò điện sinh lý

Tất cả BN được nhịn ăn trước thủ thuật ít nhất 6 giờ, ngưng tất cả các thuốc chống loạn nhịp trước thủ thuật ít nhất 5 ngày và được cam kết đồng ý làm thủ thuật trước. Hai catheter (KT) 4 cực 5F được đưa qua tĩnh mạch đùi phải vào mỏm thất phải (sau đó đưa lên đường ra thất phải) và bó His. Tiến hành kích thích thất và nhĩ theo chương trình để tạo cơn nhịp nhanh (dùng

thêm atropine 0,5mg tiêm tĩnh mạch đến khi nhịp tim tăng lên khoảng 20% nếu cần) và đo đạt các thông số cần thiết.

3. Quy trình cắt đốt

Đối với nhịp nhanh thất và ngoại tâm thu thất đường ra thất phải, một KT cắt đốt 7F được đưa vào thất phải qua tĩnh mạch đùi, dò tìm ở đường ra thất phải (hình 1). Vị trí cắt đốt được chọn khi nhịp nhanh thất tạo nên bởi KT cắt đốt có hình dạng phù hợp với nhịp nhanh thất hoặc ngoại tâm thu thất $\geq 10/12$ chuyển đạo ECG bề mặt (kỹ thuật pace - mapping) (hình 3) và/ hoặc có sóng khử cực nội mạc sớm nhất (earliest endocardial activation EEA): khoảng thời gian điện thế ghi được bởi catheter đốt sớm hơn so với khởi phát của QRS trên điện tâm đồ bề mặt) (kỹ thuật Activation map)[3,7,8,9] (hình 2).



Hình 1. Vị trí cắt đốt đường ra thất phải



Hình 2. Hình ảnh điện tâm đồ trong buồng tim vị trí cắt đốt thành công

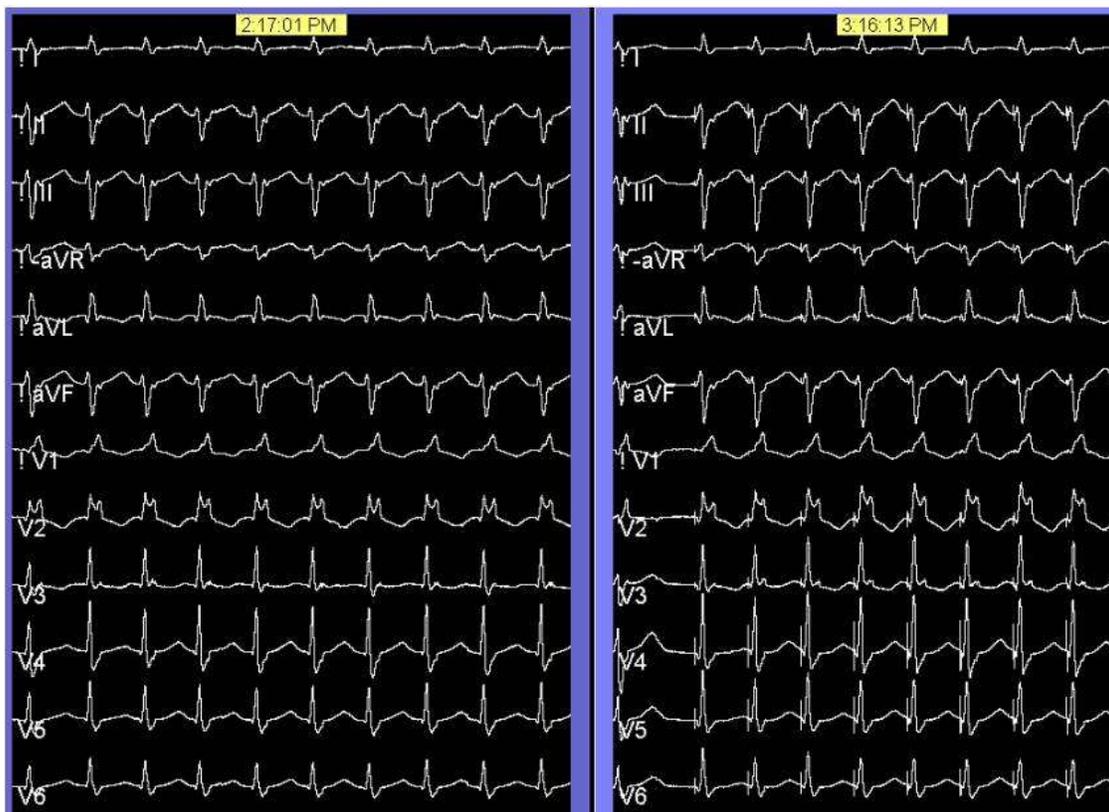
Cắt đốt qua catheter dùng năng lượng có tần số radio được lọc ở 50-500 Hz, ghi ở tốc độ 100 mm/giây, nhiệt độ đốt 60°C - cường độ 60 W, máy đốt HAT 300 - OSYPKA của hãng Saint Judes. Thông thường thời gian đốt tại vị trí đích từ 60 - 120 giây, củng cố các điểm xung quanh khoảng 30 giây.

Sau mỗi nhát đốt thành công, tiến hành kích thích thất theo chương trình để cố gắng tạo cơn nhịp nhanh. Kết thúc thủ thuật nếu không còn tạo được cơn nhanh thất hoặc ngoại tâm thu thất sau khi chờ 30 phút. Nếu có ngoại tâm thu thất xuất hiện lại trong 30 phút sẽ cho bệnh nhân đốt lại. Sau đó bệnh nhân sẽ được theo dõi nội viện trong 24 giờ sau thủ thuật và được

gắn holter điện tâm đồ để đánh giá số lượng ngoại tâm thu thất sau thủ thuật.

4. Phân tích thống kê

Dữ liệu được nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0 for Windows.. Các số liệu được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn đối với biến định lượng, còn biến định tính được biểu thị bằng tỷ lệ phần trăm. Dùng phép kiểm T hoặc Chi bình phương để so sánh các biến số của hai nhóm thành công và thất bại, sau đó chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy đa biến để tìm ra yếu tố dự báo cắt đốt thành công. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.



Hình 3: Pace-mapping phù hợp 12/12 chuyển đạo

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Có 66 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là $45,85 \pm 12,73$ tuổi, BN nhỏ tuổi nhất là 15 tuổi và lớn tuổi nhất là 77 tuổi. Bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên chiếm 68,1%. Nữ giới chiếm đa số với 53 trường hợp (80,3%). Có 31,8% BN chưa dùng thuốc nhưng mong muốn cắt đứt điều trị triệt để rối loạn nhịp thất. Trong các thuốc chống loạn nhịp đang dùng đa số BN được dùng chẹn beta (42,4%) và khoảng 3% BN dùng kết hợp chẹn beta và amiodaron. Các triệu chứng thường gặp nhất là hồi hộp (90,9%), khó thở (78,8%), đau ngực (42,2%), đa số các BN này đau ngực mơ hồ, không điển hình kiểu mạch vành. Thời gian xuất hiện triệu chứng là $18,88 \pm 9,79$ tháng. Các bệnh kèm theo bao gồm: tăng huyết áp chiếm 15,2%, đái tháo đường chiếm 7,6%, rối loạn lipid máu chiếm 6,1%, bệnh tim thiếu máu cục bộ chiếm 3%, cường giáp chiếm 6,1% tuy nhiên các bệnh nhân này bị cường giáp ở mức độ nhẹ và không ảnh hưởng quá trình thăm dò điện sinh lý tim và cắt đứt. Có 11 BN được chụp mạch vành hoặc MSCT mạch vành nhưng chỉ có 2 BN có hẹp

mạch vành đáng kể (hẹp 70 %, 60 % LAD II), và vị trí hẹp ở nhánh xuống trước trái thường không liên quan đến ngoại tâm thu thất ở buồng tổng thất phải. 20 bệnh nhân có cơn nhịp nhanh thất ngắn với tần số trung bình là 154 lần/phút (bảng 1). Số lượng ngoại tâm thu thất trung bình trước thủ thuật là $24147,38 \pm 11355,50$ nhịp/24 giờ.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân rối loạn nhịp thất vô căn từ buồng tổng thất phải

Tuổi	$45,85 \pm 12,73$
< 40	21 (31,8%)
40 – 60	36 (54,5%)
> 60	9 (13,6%)
Giới	
Nữ	53 (80,3%)
Nam	13 (19,7%)
Triệu chứng (%)	
Hồi hộp	90,9
Khó thở	78,8
Đau ngực	42,2
Choáng váng, chóng mặt	7,6
Ngất	0
Thời gian xuất hiện triệu chứng (tháng)	$18,88 \pm 9,79$
Thời gian theo dõi (tháng)	$10,03 \pm 4,5$

Thuốc chống loạn nhịp đang dùng	
Không	21 (31,8%)
Có	46 (68,2%)
Chẹn beta	28 (42,4%)
Chẹn kênh canxi	5 (7,6%)
Amiodaron	10 (15,2%)
Chẹn beta và Amiodaron	2 (3,0%)
Bệnh kèm theo	
Tăng huyết áp	10 (15,2%)
Đái tháo đường	5 (7,6%)
Rối loạn lipid máu	4 (6,1%)
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	2 (3%)
Suy tim	1 (1,5%)
Cường giáp	4 (6,1%)
Chụp mạch vành hoặc MSCT mạch vành	11 (16,7%)
Siêu âm tim	
LVIDd (mm)	43,74 ± 4,2
EF (%)	64,29 ± 6,61
Holter điện tâm đồ	
Số lượng ngoại tâm thu thất trong 24 giờ	24147,38 ± 11355,50
< 10000/24 giờ (%)	6,1
10000 – 20000/24 giờ (%)	33,3
> 20000/24 giờ (%)	60,6
Ngoại tâm thu thất nhịp đôi, nhịp ba	100%
Ngoại tâm thu thất R/T	0
Nhịp nhanh thất ngắn	30,3%
Vùng chuyển tiếp < V4	33,3%
Vùng chuyển tiếp ≥ V4	66,7%
Tần số nhịp nhanh (lần/phút)	154,10 ± 18,20
Kết quả	
Thành công	58 (87,9%)
Thất bại	8 (12,1%)
Thời gian soi tia (phút)	21,27 ± 8,53
Thời gian thủ thuật (phút)	108,89 ± 35,46

2. Kết quả cắt đốt

58 trường hợp (TH) (87,9%) được cắt đốt thành công. Vị trí cắt đốt thành công đối với 58 trường hợp RVOT – VT và VPC bao gồm: trước vách 41 TH (70,7%), trước bên 2 TH (3,4%), giữa vách 10 TH (17,2%), sau vách 2 TH (3,4%), và sau bên 3 TH (5,2%) (bảng 2). Với nhát đốt thành công, 96,6% có pace-mapping phù hợp ≥ 11/12 chuyển đạo so với điện tâm đồ bề mặt, cơn nhanh thất ngắn khi đốt xuất hiện trong 29/58 TH (50,0%) (bảng 3), và có sự khác biệt về khoảng thời gian V-QRS ở nhóm cắt đốt thành công và thất bại (32,95 ± 4,67 so với 27,13 ± 5,96, p = 0,002). Đối với các trường hợp ngoại tâm thu thất được cắt đốt thành công, tần số ngoại tâm thu thất sau đốt giảm đáng kể so với trước đốt (23867,74 ± 11766,91 so với 490,48 ± 1170,10, p < 0,001). Chúng tôi tiến

hành chia activation map thành các nhóm V-QRS ≥ 20ms, V-QRS ≥ 25 ms, V-QRS ≥ 30ms, V-QRS ≥ 35ms, V-QRS ≥ 40ms và pacemap thành các nhóm pacemap ≥ 11/12 chuyển đạo, pacemap ≥ 12/12 chuyển đạo sau đó thực hiện phép kiểm Chi bình phương cho thấy các yếu tố dự báo đơn biến cắt đốt thành công đó là pacemap ≥ 11/12 chuyển đạo, V-QRS ≥ 20ms, V - QRS ≥ 25ms, V-QRS ≥ 30ms, năng lượng (Wat) ≥ 30, năng lượng (Wat) ≥ 40. Khi tiến hành phân tích hồi quy đa biến chúng tôi nhận thấy pace map ≥ 11/12 chuyển đạo và activation map ≥ 30ms là giá trị dự báo cắt đốt thành công.

Ngoài ra số nhát đốt trung bình trên một bệnh nhân để có thành công: 6,26 ± 1,62 cũng thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm cắt đốt không thành công (15,37 ± 3,78, p < 0,001). Các đặc điểm và các yếu tố dự báo nhát đốt thành công được tóm tắt trong bảng 3 và bảng 4.

Bảng 2. Vị trí cắt đốt thành công

Vị trí	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Trước vách	41	70,7
Trước bên	2	3,4
Giữa vách	10	17,2
Sau vách	2	3,4
Sau bên	3	5,2
Tổng cộng	58	100

Bảng 3. Đặc điểm cắt đốt thành công

	Thành công (58)	Thất bại (8)	P
Pacemap ≥ 11/12	56 (96,6%)	6 (75,0%)	0,017
Activation map (ms)	32,95 ± 4,67	27,13 ± 5,96	0,002
VT khi đốt	29 (50,0%)	1 (12,5%)	0,046
Số nhát đốt	6,26 ± 1,62	15,37 ± 3,78	< 0,001
Nhiệt độ (0 °C)	51,63 ± 5,51	47,87 ± 6,13	0,079
Năng lượng (Wat)	41,48 ± 7,21	32,0 ± 6,39	0,001

Bảng 4. Các yếu tố dự báo cắt đốt thành công

Biến số	P đơn biến	P đa biến	OR (KTC 95%)
VT khi đốt	0,046	0,127	
Pacemap ≥ 11/12	0,017	0,013	2,57 - 2659,9
Activation map ≥ 20ms	0,007	1,0	
Activation map ≥ 25ms	< 0,001	0,99	
Activation map ≥ 30ms	0,001	0,018	1,82 - 538,27
Năng lượng (Wat) ≥ 30	0,001	0,78	
Năng lượng (Wat) ≥ 40	0,028	0,73	

2.1. Thời gian thủ thuật, thời gian soi tia

Thời gian thủ thuật (TGTT) tính từ lúc chọc mạch đến khi kết thúc thủ thuật, trung bình là $108,89 \pm 35,46$ phút, ngắn nhất là 45 phút và dài nhất là 180 phút. Thời gian chiếu tia X trung bình $21,27 \pm 8,53$ phút, ngắn nhất là 8 phút, dài nhất là 41 phút (Bảng 1).

2.2. Biến chứng

Một trường hợp (1,5%) bị tràn máu màng ngoài tim trong khi đốt. Tuy nhiên, BN này chỉ tràn dịch màng ngoài tim lượng ít đến trung bình, không có biểu hiện chèn ép tim cấp. Sau đó bệnh nhân ổn định và xuất viện.

BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của BN khi tiến hành thủ thuật là $45,85 \pm 12,73$ tuổi, cao hơn so với các tác giả Klein LS, Liu H, Chin-Feng Tsai, Trương Quang Khanh [10,11,12,13]. Điều này cho thấy tuổi trung bình của các đối tượng bị NTTT và NTT khác nhau tùy theo dân số nghiên cứu. BN nữ chiếm đa số (80,3%) tương tự như nghiên cứu của Klein LS, Chin-Feng Tsai, Trương Quang Khanh [10,12,13].

Về bệnh lý kèm theo cơn nhịp nhanh, chúng tôi ghi nhận một trường hợp bệnh nhân nam 55 tuổi có tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá 40 gói/năm bị suy tim EF giảm (38%) nên chúng tôi tiến hành chụp mạch vành và MRI tim có kết quả bình thường. Chúng tôi đã thăm dò điện sinh lý tim và cắt đốt thành công ổ loạn nhịp ở thành trước vách đường ra thất phải và sau thời gian điều trị nội khoa suy tim sau đó EF BN hồi phục về bình thường và không còn ngoại tâm thu thất sau 7 tháng theo dõi.

Tỷ lệ cắt đốt thành công đối với RVOT – VT/VPC là 87,9%, cao hơn so với các tác giả Coggins (85%), Rodriguez (83%), Chin-Feng Tsai (84%), Francisco C. C. Darrieux (80%) [14,15,12,4] với nghiên cứu của Francisco C. C. Darrieux (80%) [4] và thấp hơn so với nghiên cứu của Synne Dragesund Rørvik [16] (88,2%), Rakesh Latchamsetty (93%) [17]. Vị trí cắt đốt thành công ổ loạn nhịp đối với RVOT-VT/ VPC chủ yếu ở thành trước vách (70,7%) phù hợp với các tác giả Nogami A, Wilber DJ, Francisco C. C. Darrieux, Trương Quang Khanh [2,3,4,13].

Trong nhất đốt thành công, chúng tôi ghi nhận 96,6% có pace-mapping phù hợp $\geq 11/12$ chuyển đạo khi so với điện tâm đồ của bệnh nhân, đây là dấu hiệu đáng tin cậy nhất khi dò tìm ổ loạn nhịp theo y văn [2,3,15]. Các dấu hiệu khác của nhất đốt hiệu quả cũng gặp khá nhiều như activation map ở nhóm cắt đốt thành công dài hơn đáng kể so với nhóm cắt đốt không

thành công và cơn nhanh thất ngắn (50%) xuất hiện khi cắt đốt. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy pacemap $\geq 11/12$ chuyển đạo và activation map ≥ 30 ms là yếu tố dự báo cắt đốt thành công.

Về biến chứng chúng tôi ghi nhận một trường hợp (1,5%) trong khi đốt bệnh nhân đau ngực sau xương ức nhiều kèm khó thở. Chúng tôi tiến hành siêu âm tim kiểm tra ngay lúc thủ thuật ghi nhận tràn máu màng tim lượng trung bình nhưng không có dấu hiệu chèn ép tim cấp nên chúng tôi chỉ theo dõi triệu chứng bệnh nhân và siêu âm kiểm tra dịch màng tim. Bệnh nhân ổn định và xuất viện sau đó.

HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang tại một trung tâm với cỡ mẫu tương đối nhỏ nên số liệu có thể chưa đại diện cho toàn bộ quần thể bệnh nhân rối loạn nhịp thất từ buồng tổng thất phải. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 11 BN (16,4%) được chụp mạch vành hay MSCT mạch vành, các BN còn lại đau ngực không điển hình, điện tim và siêu âm tim không gợi ý bệnh tim thiếu máu cục bộ, có xác suất tiền nghiệm thấp, ngoài ra các rối loạn nhịp thất từ buồng tổng thất phải đa số là vô căn, ít liên quan đến tổn thương mạch vành, nên chúng tôi theo dõi thêm triệu chứng đau ngực của BN sau thủ thuật thì thấy cải thiện.

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu một lần nữa cho thấy cắt đốt rối loạn nhịp thất vô căn xuất phát từ buồng tổng thất phải bằng sóng cao tần có thể được thực hiện an toàn và hiệu quả với tỷ lệ thành công cao. Trong dò tìm vị trí cắt đốt pacemap $\geq 11/12$ chuyển đạo và activation map ≥ 30 ms là yếu tố dự báo cắt đốt thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vergara I, et al** (1998). Ventricular tachycardia and fibrillation in normal hearts. *Curr Opin Cardiol.* 13(1): 9 - 19.
2. **Nogami A, et al** (2008). Idiopathic left ventricular tachycardias. In: Wilber DJ, Packer DL, Stevenson WG. *Ablation of Cardiac Arrhythmias*, 3rd ed, pp 298 - 311. Blackwell Futura, Massachusetts.
3. **Wilber DJ, et al** (2008). Ablation of idiopathic right ventricular tachycardia. In: Wilber DJ, Packer DL, Stevenson WG. *Ablation of Cardiac Arrhythmias*, 3rd ed, pp 279-294. Blackwell Futura, Massachusetts.
4. **Francisco C. C. Darrieux, et al** (2007). Radiofrequency Catheter Ablation of Premature Ventricular Contractions Originating in the Right Ventricular Outflow Tract. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*; vol 88 no 3.

5. **Chinushi M, et al** (1998). Repetitive ventricular responses induced by radiofrequency ablation for idiopathic ventricular tachycardia originating from the outflow tract of the right ventricle. (Pacing Clin Electrophysiol. 21 (4 Pt 1): 669 - 78.
6. **Lee SH, et al** (2002). Determinants of successful ablation of idiopathic ventricular tachycardias with left bundle branch block morphology from the right ventricular outflow tract. (Pacing Clin Electrophysiol. 25(9): 1346 - 51.)
7. **Jackson J. Liang, et al** (2020). Ablation of Ventricular Outflow Tract Tachycardias. In: Shoei K. Stephen Huang, John M. Miller. Catheter Ablation of Cardiac Arrhythmias, 4th edition, pp 448 - 466. Elsevier.
8. **Ziad Issa, et al** (2019). Idiopathic Focal Ventricular Tachycardia, In Clinical Arrhythmology and Electrophysiology: A Companion to Braunwald's Heart Disease. 3rd edition, pp 816 - 857. Elsevier.
9. **Naiara Calvo MD, et al** (2013). Radiofrequency Catheter Ablation of Idiopathic Right Ventricular Outflow Tract Arrhythmias. Indian Pacing and Electrophysiology Journal (ISSN 0972-6292), 13 (1): 14 - 33.
10. **Klein LS, et al**, (1992). Tachycardia in Patients Without Structural Heart Disease. Circulation, 85:1666 - 1674.
11. **Liu H, et al** (2002). Catheter ablation of idiopathic ventricular tachycardia. The Internet Journal of Cardiovascular Research, 1 (1): 1 - 4.
12. **Tsai CF, et al**, (1997). Idiopathic monomorphic ventricular tachycardia: clinical outcome, electrophysiologic characteristics and long-term results of catheter ablation. International Journal of Cardiol, 62 (2): 143-150.
13. **Trương Quang Khanh và cs**, (2008). Hiệu quả điều trị nhịp nhanh thất nguyên phát bằng năng lượng tần số radio qua catheter. Đề tài nghiên cứu khoa học nghiên cứu sinh, Học viện Quân y.
14. **Coggins DL, et al** (1994). Radiofrequency catheter ablation as a cure for idiopathic tachycardia of both left and right ventricular origin. J Am Coll Cardiol, 23: 1333 - 1341.
15. **Rodriguez LM, et al** (1997). Predictors for successful ablation of right and left - sided idiopathic ventricular tachycardia. Am J of Cardiol, 79 (3): 309 - 314.
16. **Synne Dragesund Rørvik, et al** (2016). 10-year follow-up after radiofrequency ablation of idiopathic ventricular arrhythmias from right ventricular outflow tract, Indian Pacing and Electrophysiology Journal 16, 88e91.
17. **Rakesh Latchamsetty, et al** (2015). Multicenter Outcomes for Catheter Ablation of Idiopathic Premature Ventricular Complexes, Jacc: Clinical Electrophysiology Vol. 1, No. 3.

LIÊN QUAN GIỮA ĐỘ PHÂN BỐ HỒNG CẦU, VỊ TRÍ TỔN THƯƠNG VÀ MỨC ĐỘ HẸP ĐỘNG MẠCH VÀNH THỦ PHẠM Ở NGƯỜI NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP KHÔNG ST CHÊNH LÊN

**LÂM QUAN THUẬN¹,
VŨ HOÀNG VŨ², TRẦN KIM TRANG²**
^{1,2}*Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*
²*Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*

TÓM TẮT

Mở đầu: Tổn thương động mạch vành ở người nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên (NMCTCKSTCL) thường đa dạng và phức tạp.

*Chịu trách nhiệm: Lâm Quan Thuận
Email: lqdyds2008@gmail.com
Ngày nhận: 04/3/2021
Ngày phản biện: 02/4/2021
Ngày duyệt bài: 14/4/2021*

Người có tắc hoàn toàn động mạch vành thủ phạm (THTĐMVTP) thường có tiên lượng xấu hơn nhóm còn lại nhưng không được phát hiện sớm, dẫn đến việc trì hoãn hoặc không tái thông mạch vành cấp cứu. Độ phân bố hồng cầu (ĐPBHC) là chỉ điểm của sự viêm và gắng sức oxy hóa, đã được chứng minh có vai trò tiên lượng ở người suy tim, bệnh mạch vành ổn định và hội chứng mạch vành cấp.