

về kích thước vết loét giữa hai nhóm ở các thời điểm nghiên cứu. Ở thời điểm sau 2 tuần, kích thước vết loét ở cả hai nhóm đều bằng 0. Theo thời gian, ở nhóm 1, kích thước vết loét giảm có ý nghĩa sau 3 ngày, sau 1 tuần, 2 tuần điều trị. Khi so sánh với nhóm 2, chúng tôi nhận thấy kích thước vết loét sau 7 ngày điều trị giảm có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Điều này chứng tỏ phương pháp chiếu laser diode năng lượng thấp có hiệu quả hơn bôi thuốc triamcinolone trong giảm kích thước vết loét đặc biệt là trong tuần đầu tiên điều trị [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với các nghiên cứu khác, cho thấy phương pháp điều trị chiếu laser năng lượng thấp là phương pháp rất đơn giản, an toàn và có thể thực hiện được bởi nha sĩ vì phương pháp này không yêu cầu bất kỳ chứng chỉ đặc biệt nào, đổi ngược lại với phương pháp sử dụng thuốc bôi – những phương pháp này với thời gian phục hồi kéo dài hơn [2, 5].

Liệu pháp laser năng lượng thấp (Low-Level Laser Therapy - LLLT) đã được áp dụng rộng rãi trong y học, đặc biệt là trong điều trị các bệnh lý liên quan đến mô mềm và niêm mạc. Nguyên lý hoạt động của LLLT dựa trên việc sử dụng ánh sáng laser ở bước sóng thấp để kích thích quá trình phục hồi mô, giảm viêm và giảm đau. Nghiên cứu cho thấy rằng LLLT có thể làm tăng sinh tế bào fibroblast, kích thích sản xuất collagen và thúc đẩy quá trình lành thương [7]. Điều này rất quan trọng trong điều trị loét aphthous tái diễn, nơi mà sự phục hồi nhanh chóng của niêm mạc miệng là cần thiết để giảm thiểu đau đớn và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân [8]. Điều này có thể giải thích vì

sao nhóm điều trị bằng laser có thời gian lành thương ngắn hơn so với nhóm chứng.

V. KẾT LUẬN

Liệu pháp laser năng lượng thấp là một phương pháp hiệu quả trong việc điều trị loét aphthous tái diễn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Belenguer-Guallar, I., et al.,** Treatment of recurrent aphthous stomatitis. A literature review. 2014. 6(2): p. e168.
2. **Natah, S., et al.,** Recurrent aphthous ulcers today: a review of the growing knowledge. 2004. 33(3): p. 221-234.
3. **McCartan, B.E. and A. Sullivan,** The association of menstrual cycle, pregnancy, and menopause with recurrent oral aphthous stomatitis: a review and critique. *Obstet Gynecol.*, 1992. 80(3 Pt 1): p. 455-8.
4. **Albrektson, M., L. Hedstrom, and H. Bergh,** Recurrent aphthous stomatitis and pain management with low-level laser therapy: a randomized controlled trial. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 2014. 117(5): p. 590-4.
5. **Hussein, H., et al.,** Low-level diode laser therapy (LLLT) versus topical corticosteroids in the management of recurrent aphthous stomatitis patients. a randomized controlled trial. 2021. 3(4): p. 200-210.
6. **Singh, M.,** A Comparative Study For Assessment Of Pain Relief In Recurrent Aphthous Ulcer By Use Of Diode Laser & Triamcinolone Acetinide 0.1% Therapy. 2022, Bbdcods.
7. **Lalabonova, H. and H. Daskalov,** Clinical assessment of the therapeutic effect of low-level laser therapy on chronic recurrent aphthous stomatitis. *Biotechnology, Biotechnological Equipment*, 2014. 28(5): p. 929-933.
8. **Verma, S.K., et al.,** Laser in dentistry: An innovative tool in modern dental practice. 2012. 3(2): p. 124-132.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CƠN TIM NHANH NHỈ ĐƠN Ổ Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đoàn Quốc Hoàn¹, Lê Hồng Quang², Nguyễn Thanh Hải²,
Trần Quốc Hoàn², Đặng Thị Hải Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, cơn nhịp nhanh nhĩ đơn ổ (FAT) ở trẻ em tại

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Hải Vân

Email: dthv2004@hotmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Nhi Trung ương **Đổi tượng:** 32 bệnh nhân được chẩn đoán nhịp nhanh nhĩ đơn ổ bằng phương pháp thăm dò điện sinh lý. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi can thiệp trung bình $54,2 \pm 57,3$ tháng (nhỏ nhất là 25 ngày tuổi và lớn nhất là 17 tuổi) Nữ/nam 1,13/1. Khó thở là nguyên nhân vào viện thường gặp nhất (43,8%). Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất ở nhóm trẻ <1 tuổi là khó thở (75%). Nhóm trẻ ≥ 1 tuổi thường cảm thấy khó thở và mệt (57,1% và 52,4%). Điện tâm đồ trong cơn tim nhanh có 93,1% xác định được sóng P', 100% RP' > P'R, QRS

chủ yếu hẹp và đơn hình thái (96,6%). Trên Holter điện tâm đồ 24h ghi nhận 53,1% trường hợp có cơn tim nhanh nhĩ, 71,9% trường hợp ngoại tâm thu nhĩ. Thăm dò điện sinh lý thấy ổ nhanh nhĩ tại tâm nhĩ phải chiếm chủ yếu 23/32 bệnh nhân, trong đó vị trí mào nhĩ chiếm 13/23 bệnh nhân. **Kết luận:** Biểu hiện lâm sàng chủ yếu trong cơn tim nhanh là khó thở. Xác định được sóng P' đóng vai trò quan trọng trong định hướng chẩn đoán tim nhanh nhĩ. Ổ phát nhịp tim nhanh không xảy ra ngẫu nhiên trong toàn bộ tâm nhĩ mà có sự phân bố tập trung tại các điểm giải phẫu nhất định. **Từ khóa:** nhịp nhanh nhĩ đơn ổ, nhịp nhanh trên thất, tim nhanh nhĩ, trẻ em, SVTs, FAT

Từ viết tắt: FAT(focal atrial tachycardia)

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF FOCAL ATRIAL TACHYCARDIA IN CHILDREN AT THE NATIONAL HOSPITAL OF PAEDIATRICS

Objective: To describe the clinical features, paraclinical findings, and characteristics of focal atrial tachycardia (FAT) in children at the Cardiovascular Center - National Institute of Paediatrics. **Subjects:** 32 patients diagnosed with focal atrial tachycardia (FAT) through electrophysiological study. **Research Method:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** The mean age at intervention was 54.2 ± 57.3 months (ranging from 25 days to 17 years). The female/male ratio was 1.13:1. Dyspnea was the most common reason for admission (43.8%). The most frequent clinical symptom in children under 1 year old was dyspnea (75%), while children ≥ 1 year old commonly reported both dyspnea and fatigue (57.1% and 52.4%, respectively). During tachycardia episodes, electrocardiogram (ECG) showed P' waves in 93.1% of cases, with 100% of RP' > P'R intervals, and predominantly narrow and monomorphic QRS complexes (96.6%). Holter 24-hour ECG monitoring detected atrial tachycardia in 53.1% of cases and premature atrial contractions in 71.9%. Electrophysiological study revealed the focal point of tachycardia predominantly in the right atrium in 23 out of 32 patients, with the most common site being the atrial crest in 13 out of 23 patients. **Conclusion:** Dyspnea is the most common clinical manifestation during tachycardia episodes. Identifying the P' wave plays a crucial role in the diagnosis of atrial tachycardia. The origin of the tachycardia is not random within the entire atrium but tends to concentrate at specific anatomical sites. **Keywords:** focal atrial tachycardia, supraventricular tachycardia, atrial tachycardia, SVT, FAT, AT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhịp nhanh nhĩ đơn ổ (FAT) là một rối loạn nhịp do một ổ phát nhịp bất thường từ tâm nhĩ trái hoặc tâm nhĩ phải gây ra. Cơ chế gây tim nhanh nhĩ đơn ổ có thể là do tăng tính tự động, hoạt động náy cò hoặc do vòng vào lại nhỏ. Nhịp nhanh nhĩ đơn ổ (FAT) chiếm khoảng 10% nhịp nhanh trên thất, thường kích phát và tự giới

hạn.¹ Tuy nhiên, tim nhanh nhĩ ổ cũng có thể tồn tại dai dẳng. Nhịp nhanh nhĩ dai dẳng rất nguy hiểm vì nó có thể liên quan đến rối loạn chức năng thất trái đặc biệt là trên những bệnh nhân đáp ứng kém với điều trị nội khoa. Hơn nữa, nhịp nhanh nhĩ có thể kích hoạt các rối loạn nhịp nhĩ khác như rung nhĩ và cuồng nhĩ.

Cho đến nay tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá riêng về nhịp nhanh nhĩ đơn ổ là không nhiều, đặc biệt là ở trẻ em. Hơn nữa, việc xử lý ban đầu cắt cơn nhịp nhanh nhĩ đơn ổ có khác biệt so với các nhịp nhanh trên thất khác trong khi chẩn đoán phân biệt giữa nhịp nhanh nhĩ đơn ổ và các nhịp nhanh trên thất khác vẫn gặp nhiều khó khăn. Vậy biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng nhịp nhanh nhĩ đơn ổ ở trẻ em có đặc điểm gì? Để trả lời câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhịp nhanh nhĩ đơn ổ ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** 32 bệnh nhân được chẩn đoán nhịp nhanh nhĩ đơn ổ bằng phương pháp thăm dò điện sinh lý tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2016 đến tháng 6/2024

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Tuổi: Trẻ ≤ 18 tuổi.
- + Bệnh nhi được chẩn đoán nhịp nhanh nhĩ đơn ổ trên thăm dò điện sinh lý.
- + Hồ sơ bệnh án đầy đủ.
- + Tiêu chuẩn chẩn đoán nhịp nhanh nhĩ đơn ổ trên thăm dò điện sinh lý: lập bản đồ nội mạc xác định thời gian hoạt hóa nội mạc sớm nhất nằm ở tâm nhĩ mà không phải nút xoang. Kích thích nhĩ gây cơn tim nhanh không làm thay đổi khoảng AH, AV, VA và độc lập với sự chậm trễ dẫn truyền nhĩ – thất ngay cả khi có block nhĩ thất. Trong cơn tim nhanh kích thích thất không cắt được cơn tim nhanh.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.
- Cỡ mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện.
- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Dữ liệu được thu thập vào một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng khoa học trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.3 Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm dịch tễ của nhóm đối tượng nghiên cứu: tuổi (năm), giới: nam/nữ, cân nặng (kg)

- Đặc điểm điện tâm đồ trong và ngoài cơn: tần số, tỉ lệ xác định sóng P', so sánh khoảng RP' - P'R, hình dạng QRS, rối loạn đi kèm.

- Đặc điểm trên Holter: tần số tim cao nhất, thấp nhất, trung bình, tỉ lệ phát hiện các rối loạn nhịp.

- Vị trí ổ nhĩ theo thăm dò điện sinh lý

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của các trẻ có cơn tim nhanh nhĩ đơn ổ

- Tuổi trung bình là 54,2 ± 57,3 tháng (nhỏ nhất là 25 ngày tuổi và lớn nhất là 17 tuổi).

- Tỷ lệ nữ/nam là 1/1.

- Lý do vào viện hay gặp nhất là khó thở (43,8%), 2 trường hợp trẻ được chẩn đoán rối loạn nhịp tim theo dõi từ thời kì bào thai.

Bảng 3.1. Triệu chứng cơ năng trong cơn tim nhanh

Các biểu hiện cơ năng	Chung n=29	Dưới 1 tuổi n=8	Từ 1 tuổi trở lên n=21	P
Khó thở	18(62,1%)	6(75%)	12(57,1%)	0,671
Mệt	16(55,2%)	5(62,5%)	11(52,4%)	0,697
Quấy khóc	11(37,9%)	5(62,5%)	6(28,6%)	0,197
Bú kém	3(10,3%)	1(12,5%)	2(9,5%)	1
Hồi hộp trống ngực	6(20,7%)	0(0,0%)	6(28,6%)	-
Tức ngực	6(20,7%)	0(0,0%)	6(28,6%)	-
Da tái	4(13,8%)	1(12,5%)	3(14,3%)	1
Ngất	1(3,4%)	0(0,0%)	1(4,8%)	-

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là khó thở (62,1%). Có 1 bệnh nhân có biểu hiện ngất. Có 4 bệnh nhân có da tái, trong đó có 1 bệnh nhân dưới 1 tuổi.

Bảng 3.2. Các bệnh lý tim mạch kèm theo tại thời điểm chẩn đoán

Bất thường	Giá trị	
	N	%
Còn ống động mạch	2	6,3
Thông liên nhĩ	3	9,4

Bảng 3.5. Đặc điểm trên Holter 24h

Bất thường trên Holter điện tâm đồ 24h	Giá trị				Tổng		p
	<1 tuổi (n=10)		≥1 tuổi (n=22)		n	%	
	n	%	n	%			
Ngoại tâm thu thất (%) (n=0)	0	0	0	0	0	0	
Ngoại tâm thu nhĩ (%) (n=23)	9	90	14	63,6	23	71,9	0,21 ^b
Cơn tim nhanh nhĩ (n=17)	5	50	12	54,5	17	53,1	1 ^b
Cơn tim nhanh (n=17)	Tần số tim cao nhất (ck/phút)		210,9 ± 38,9		/		0,96 ^c
	Tần số tim trung bình (ck/phút)		103,5 ± 19,2				0,89 ^c
	Tần số tim thấp nhất (ck/phút)		73,8 ± 24,4				0,34 ^c

Nhận xét: 100% bệnh nhân có bất thường trên Holter 24h. Có 23/32 (71,9%) bệnh nhân

Thông liên thất	1	3,1
Tim bẩm sinh phức tạp	4	12,5
U buồng nhĩ phải	1	3,1
Không bệnh lý kèm theo	21	31,3
Tổng	32	100

Nhận xét: Có 11/32 (34,4%) bệnh nhân có bệnh lý tim mạch kèm theo. 4 bệnh nhân tim bẩm sinh phức tạp có xuất hiện nhịp nhanh nhĩ đơn ổ sau phẫu thuật tim.

3.2. Đặc điểm ECG, Holter 24h trong và ngoài cơn tim nhanh

Bảng 3.3. Đặc điểm điện tâm đồ trong cơn tim nhanh nhĩ

Đặc điểm	Số lượng (n=29)	Tỷ lệ
Nhịp tim không đều	5	17,2%
QRS	Rộng	1 3,4%
	Hẹp	28 96,6%
Sóng P'	Xác định được	27 93,1%
	RP' > P'R	27 -

Nhận xét: Có 17,2% trường hợp nhịp tim không đều. Đa số bệnh nhân có QRS hẹp (96,6%). Có 1 bệnh nhân có QRS rộng (137ms) do cơn tim nhanh nhĩ kèm block nhánh phải. Tỷ lệ xác định được sóng P' là 93,1%, khoảng RP' > P'R ở tất cả các bệnh nhân xác định được sóng P'.

Bảng 3.4. Điện tâm đồ ngoài cơn tim nhanh

Đặc điểm	Số lượng (N=32)	Tỷ lệ (%)
Nhịp xoang	28	87,5
Nhịp nhĩ ổ	4	12,5
Ngoại tâm thu nhĩ	7	21,9
Ngoại tâm thu thất	0	0
Block nhánh phải	1	3,1
Block nhĩ thất cấp hai	2	6,2

Nhận xét: Nhịp xoang chiếm tỉ lệ chủ yếu 87,5%. 12,5% trường hợp ghi nhận nhịp nhĩ ổ. 21,9% trường hợp ghi nhận ngoại tâm thu nhĩ đơn ổ. Có 1 trường hợp ghi nhận nhịp nhĩ ổ kết hợp với block nhĩ thất cấp hai (3,1%).

ghi nhận ngoại tâm thu nhĩ trong theo dõi Holter 24h, tần suất nhịp ngoại tâm thu nhĩ trung bình

là $9,5 \pm 12,5\%$, tần suất nhịp ngoại tâm thu nhĩ cao nhất ghi nhận được là 44,4%. Có 17/32 (53,1%) bệnh nhân có ghi nhận được cơn tim nhanh nhĩ trong quá trình theo dõi. 1 trường hợp ghi nhận tim nhanh nhĩ dai dẳng (thời gian cơn 682 phút/ngày). 8 bệnh nhân có cả ngoại tâm thu nhĩ và nhịp nhanh nhĩ đơn ổ trong quá trình theo dõi. Không có sự khác biệt về tần số tim trong cơn tim nhanh giữa hai nhóm tuổi.

Bảng 3.6. Phân bố vị trí ổ nhịp nhĩ trên thăm dò điện sinh lý

	Vị trí	Số lượng	Tỉ lệ %
Nhĩ phải N=23	Mào nhĩ	13	40,6
	Van ba lá	5	15,6
	Phần phụ nhĩ phải	1	3,1
	Quanh nút nhĩ thất	2	6,3
	Miệng lỗ xoang vành	2	6,3
Nhĩ trái N=9	Tĩnh mạch phổi	5	15,6
	Vòng van hai lá	2	6,3
	Phần phụ nhĩ trái	2	6,3

Nhận xét: Ổ nhịp nhĩ chủ yếu xuất phát từ bên tâm nhĩ phải chiếm 71,9% (23/32), trong đó, vùng mào nhĩ là chủ yếu chiếm 40,6%. Ổ nhĩ tâm nhĩ trái chiếm 28,1%, vị trí lỗ đổ tĩnh mạch phổi chiếm chủ yếu 55,6%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình được can thiệp là $52,1 \pm 54,4$ tháng. Tuổi nhỏ nhất được tiến hành can thiệp là 25 ngày tuổi. Tuổi lớn nhất được tiến hành can thiệp là 17 tuổi. Nhóm trẻ dưới 1 tuổi chiếm 37,5% trong nghiên cứu, nhóm trẻ trên 1 tuổi chiếm 62,5%. Kết quả này thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu của các tác giả Kistopher TK², Jens CN³. Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi thấp hơn các tác giả khác có thể được giải thích là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ, đồng thời chúng tôi không loại trừ các bệnh nhân có bệnh lý tim bẩm sinh khỏi nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là khó thở (62,1%). Ngoài ra, ở nhóm trẻ dưới 1 tuổi còn hay gặp mệt và quấy khóc, nhóm trẻ lớn có thể than phiền về hội hợp trống ngực và tức ngực. Điều này cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu khác ở trẻ lớn và người lớn.^{4,5}

Có 34,4% bệnh nhân có bệnh lý tim mạch kèm theo. 4 bệnh nhân tim bẩm sinh phức tạp có xuất hiện nhịp nhanh nhĩ đơn ổ sau phẫu thuật tim.

Về điện tâm đồ trong cơn, tần số trung bình trong cơn tim nhanh nhĩ là $194,7 \pm 43,4$ chu kỳ/phút. Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả Hafez là $205,5 \pm 15,7$ chu kỳ/phút ($p >$

0.05).⁶ Sóng P' xác định được ở 27/29 (93,1%) bệnh nhân. Nghiên cứu này có kết quả phù hợp nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Toàn với tỉ lệ phát hiện sóng P' là 90%.⁷

Về điện tâm đồ ngoài cơn, Có 4/32 (12,5%) bệnh nhân là nhịp nhĩ ổ, có 7/32 bệnh nhân ghi nhận ngoại tâm thu nhĩ, 1 bệnh nhân ghi nhận ngoại tâm thu nhĩ kết hợp block dẫn truyền nhĩ thất cấp hai (3,13%).

Về Holter điện tâm đồ 24h, 100% bệnh nhân có bất thường trên Holter, có 17/32 (53,1%) bệnh nhân ghi nhận có nhịp nhanh nhĩ, 23/32 (71,9%) bệnh nhân phát hiện ngoại tâm thu nhĩ, từ tỉ lệ ghi nhận thấp nhất là 0,1% đến cao nhất là 44,4%, trung bình là $9,5 \pm 12,51$ (%). Tỉ lệ phát hiện các bất thường này cao hơn so với các nghiên cứu khác của Brembilla-Perrot⁸, Barret⁹. Nguyên nhân có thể là do phương pháp chọn mẫu, chúng tôi xem xét holter điện tâm đồ 24h trên những bệnh nhân đã có chỉ định triệt đốt.

Trong 32 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có 23 bệnh nhân có ổ nhĩ nằm bên tâm nhĩ phải (chiếm 71,9%), 9 bệnh nhân có ổ nhĩ nằm bên tâm nhĩ trái (chiếm 28,1%). Vị trí mào nhĩ là vị trí phổ biến nhất hay gặp nhất (40,6%). Tại tâm nhĩ trái, phổ biến nhất hay gặp ở vị trí lỗ đổ tĩnh mạch phổi (15,63%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Kistler (2006)¹⁰, Gwilym MM (31,2% có ổ nhĩ vùng mào nhĩ).¹¹

V. KẾT LUẬN

Cơn nhịp nhanh nhĩ đơn ổ có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Tỉ lệ mắc nhịp nhanh nhĩ đơn ổ ở hai giới là tương đương nhau. Lý do vào viện phổ biến nhất là khó thở. Xác định được sóng P' trên điện tâm đồ là dấu hiệu quan trọng chẩn đoán tim nhanh nhĩ. Ổ phát nhịp tim nhanh không xảy ra ngẫu nhiên trong toàn bộ tâm nhĩ mà có sự phân bố tập trung tại các điểm giải phẫu nhất định. Thăm dò điện sinh lý là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán tim nhanh nhĩ đơn ổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kistler PM, Chieng D, Tonchev IR, et al. P-Wave Morphology in Focal Atrial Tachycardia: An Updated Algorithm to Predict Site of Origin. JACC Clin Electrophysiol. 2021;7(12):1547-1556. doi: 10.1016/j.jacep.2021.05.005
2. Kang KT, Etheridge SP, Kantoch MJ, et al. Current management of focal atrial tachycardia in children: a multicenter experience. Circ Arrhythm Electrophysiol. 2014;7(4): 664-670. doi:10.1161/CIRCEP.113.001423
3. Nielsen JC, Kottkamp H, Piorkowski C, Gerds-Li JH, Tanner H, Hindricks G. Radiofrequency ablation in children and adolescents: results in 154 consecutive patients.

- Eur Eur Pacing Arrhythm Card Electrophysiol J Work Groups Card Pacing Arrhythm Card Cell Electrophysiol Eur Soc Cardiol. 2006;8(5):323-329. doi:10.1093/europace/eul021
4. **Bottoni N, Tomasi C, Donateo P, et al.** Clinical and electrophysiological characteristics in patients with atrioventricular reentrant and atrioventricular nodal reentrant tachycardia. Eur Eur Pacing Arrhythm Card Electrophysiol J Work Groups Card Pacing Arrhythm Card Cell Electrophysiol Eur Soc Cardiol. 2003;5(3):225-229. doi:10.1016/s1099-5129(03)00037-0
 5. **Phan Đình Phong.** Nghiên cứu điện sinh lý học tim của rối loạn nhịp thất khởi phát từ xoang valsalva và kết quả triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số radio. Accessed March 27, 2023. <http://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/books/d751b28b-0cf0-470f-a2ed-a661cfe99f8c/2020/06/11/201512081104-14b004a7-583c-4d53-9079-c18e56ba918a/FullPreview&TotalPage=160&ext=jpg#page/34/mode/2up>
 6. **Hafez M, Abu-Elkheir M, Shokier M, Al-Marsafawy H, Abo-Haded H, El-Maaty MA.** Radiofrequency catheter ablation in children with supraventricular tachycardias: intermediate term follow up results. Clin Med Insights Cardiol. 2012;6:7-16. doi:10.4137/CMC.S8578
 7. **Hoàng Văn Toàn.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị cơn nhịp nhanh thất và trên thất ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2019-2020. Published online 2020.
 8. **Brembilla-Perrot B, Brembilla A, Moulin-Zinsch A, et al.** Factors of negativity of electrophysiological study in children and teenagers complaining of tachycardia and prognostic significance. Pediatr Cardiol. 2015; 36(1):64-70. doi:10.1007/s00246-014-0965-8
 9. **Barrett PM, Komatireddy R, Haaser S, et al.** Comparison of 24-hour Holter monitoring with 14-day novel adhesive patch electrocardiographic monitoring. Am J Med. 2014;127(1):95.e11-17. doi:10.1016/j.amjmed.2013.10.003
 10. **Kistler PM, Roberts-Thomson KC, Haqqani HM, et al.** P-wave morphology in focal atrial tachycardia: development of an algorithm to predict the anatomic site of origin. J Am Coll Cardiol. 2006;48(5): 1010-1017. doi:10.1016/j.jacc.2006.03.058

TẦN SUẤT KIỂU GEN HLA-A VÀ HLA-B Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG

Trịnh Thị Hồng Cửa¹, Trần Ngọc Dung¹, Phan Thị Phi Phi²,
Nguyễn Trịnh Gia Minh¹, Nguyễn Trần Phương Vy¹, Trần Tín Nghĩa^{1*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gen HLA (Human Leukocyte Antigen) là yếu tố di truyền đóng vai trò quan trọng trong sinh bệnh học của bệnh ung thư vòm họng. Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tần suất alen gen HLA-A và HLA-B của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tại Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 30 mẫu máu toàn phần của bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư vòm mũi họng. Tiến hành kỹ thuật PCR-SSO (Polymerase Chain Reaction - Sequence Specific Oligonucleotide probes) để khảo sát tần suất alen gen HLA-A và HLA-B, so sánh với tần suất alen HLA-A và HLA-B của người hiến tạng. **Kết quả nghiên cứu:** Trong 30 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng khảo sát, nam giới (70%); độ tuổi ≥ 40 (80%); 7 loại alen HLA-A và 16 loại alen HLA-B, trong đó alen thường gặp là -A*02 (40,4%), -A*11 (21,2%), -A*24 (21,2%) và -A*33 (9,6%); -B*15 (25%), -B*46 (23,1%), -B*38 (9,6%), -B*07 (7,7%). Sự khác biệt giữa tần suất các alen HLA-A và HLA-B ở BN UTMH với nhóm đối

chứng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết luận:** Bước đầu nhận định tần suất các alen HLA-A và HLA-B thường gặp của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng là -A*02, -A*11, -A*24 và -B*15, -B*46, -B*38.

Từ khóa: HLA, PCR-SSO, ung thư vòm mũi họng

SUMMARY

HLA-A AND HLA-B GENOTYPE FREQUENCY IN NASOPHARYNGEAL CARCINOMA PATIENTS

Background: The HLA (Human Leukocyte Antigen) gene is a genetic factor that plays an important role in the pathogenesis of nasopharyngeal carcinoma. **Objective:** Determine the frequency of HLA-A and HLA-B gene alleles in nasopharyngeal carcinoma patients at Can Tho Oncology Hospital. **Materials and methods:** A Cross-sectional descriptive study on 30 whole blood samples of patients with a confirmed diagnosis of nasopharyngeal carcinoma. Perform PCR-SSO (Polymerase Chain Reaction-Sequence Specific Oligonucleotide Probes) technique to survey the frequency of HLA-A and HLA-B gene alleles, compare with the frequency of HLA-A and HLA-B alleles of the organ donor. **Results:** Among 30 nasopharyngeal cancer patients surveyed, the men (70%); The age ≥ 40 (80%); 7 types of HLA-A alleles and 16 types of HLA-B alleles, of which the most common alleles were -A*02 (40.4%), -A*11 (21.2%), -A*24 (21.2%) and -A*33 (9.6%); -B*15 (25%), -B*46 (23.1%), -B*38 (9.6%), -B*07 (7.7%). The difference between the frequency of HLA-A and

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tín Nghĩa

Email: ttngia@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025