

5. Werts C, Tappino RI, Mathison JC, et al. Leptospiral lipopolysaccharide activates cells through a TLR2-dependent mechanism. *Nat Immunol.* 2001;2(4):346-352.
6. Knuefermann P, Sakata Y, Baker JS, et al. Toll-like receptor 2 mediates Staphylococcus aureus-induced myocardial dysfunction and cytokine production in the heart. *Circulation.* 2004;110(24):3693-3698.
7. Dai RP, Dheen ST, Tav SS. Induction of cytokine expression in rat post-ischemic sinoatrial node (SAN). *Cell Tissue Res.* 2002;310(1):59-66.
8. Daschner C, Schübler AS, Juna M, et al. Severe Leptospirosis with Acute Kidney Injury: A Case Description and Literature Review. *Nephron.* 2024;148(11-12):832-839.

RỐI LOẠN NHỊP THẤT TỪ BUỒNG TỔNG THẤT: HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN KHI TRIỆT ĐỐT QUA CATHETER SỬ DỤNG HỆ THỐNG LẬP BẢN ĐỒ GIẢI PHẪU ĐIỆN HỌC 3 CHIỀU TRONG BUỒNG TIM

Trần Lê Uyên Phương¹, Trần Cao Đạt¹,
Kiều Ngọc Dũng¹, Hoàng Văn Sỹ¹, Nguyễn Tri Thức²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn nhịp thất xuất phát từ buồng tổng thất (outflow tract – OT), bao gồm nhanh thất và ngoại tâm thu thất, là dạng rối loạn nhịp vô căn thường gặp, đặc biệt ở bệnh nhân không có bệnh tim cấu trúc. Việc triệt đốt bằng sóng tần số radio dưới hướng dẫn của hệ thống lập bản đồ giải phẫu – điện học ba chiều (EAM) đã cho thấy hiệu quả rõ rệt, tuy nhiên tại Việt Nam, dữ liệu lâm sàng còn hạn chế. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca được thực hiện trên 201 bệnh nhân có VT/PVC từ buồng tổng thất, được triệt đốt bằng sóng tần số radio dưới hướng dẫn của hệ thống EAM (Ensite Velocity/Precision) tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 3/2021 đến tháng 12/2023. Bệnh nhân được đánh giá lâm sàng và theo dõi bằng Holter 24 giờ. **Kết quả:** Tổng cộng có 211 ổ ngoại tâm thu hoặc nhanh thất được lập bản đồ và đốt. Trong đó, 83,4% xuất phát từ buồng tổng thất phải (RVOT), 16,6% từ buồng tổng thất trái (LVOT). Các vị trí thường gặp ở RVOT gồm vách, thành sau và thành trước; trong khi LVOT thường liên quan đến xoang vành trái hoặc chỗ nối van động mạch chủ – hai lá. Thời gian hoạt hóa sớm hơn được ghi nhận ở LVOT ($32,4 \pm 9,5$ ms so với $38,3 \pm 7,3$ ms; $p = 0,010$), nhưng điểm tạo nhịp cao hơn ở RVOT (97,5% so với 94,0%; $p = 0,008$). Thời gian chiếu tia và liều chiếu cao hơn ở LVOT. Tỷ lệ thành công kỹ thuật là 98,2% (RVOT) và 97,1% (LVOT). Gánh nặng rối loạn nhịp trung bình giảm từ $28,3 \pm 12,82\%$ trước can thiệp còn 0 [0 – 0,04%] sau 1 tuần và 0 [0 – 0,2%] sau 3 tháng ($p < 0,001$). Không ghi nhận biến chứng thủ thuật trong toàn bộ đoàn hệ. **Kết luận:** Triệt đốt rối loạn nhịp thất từ buồng tổng thất bằng sóng tần số radio có hướng dẫn bởi bản đồ điện học ba chiều là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cao. Kỹ thuật này không chỉ mang lại tỷ lệ thành

công cao mà còn giúp kiểm soát tốt gánh nặng rối loạn nhịp trong theo dõi ngắn hạn. Kết quả nghiên cứu ủng hộ việc áp dụng rộng rãi EAM trong điều trị các rối loạn nhịp thất vô căn tại Việt Nam, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân không có bệnh tim cấu trúc.

Từ khóa: Rối loạn nhịp thất vô căn, buồng tổng thất phải và trái, triệt đốt điện sinh lý

SUMMARY

NON-OUTFLOW TRACT VENTRICULAR ARRHYTHMIAS: EFFICACY OF CATHETER ABLATION UTILIZING THE ELECTROANATOMIC MAPPING SYSTEM

Background: Outflow tract ventricular arrhythmias (OT-VAs), including idiopathic ventricular tachycardia (VT) and premature ventricular contractions (PVCs), are common in patients without structural heart disease. Radiofrequency catheter ablation under guidance of three-dimensional electroanatomic mapping (EAM) systems has demonstrated significant clinical efficacy, but data in Vietnam remain limited. **Methods:** We conducted a case series of 201 patients with idiopathic VT/PVCs originating from the outflow tract who underwent radiofrequency ablation guided by EAM systems (Ensite Velocity/Precision) at Cho Ray Hospital from March 2021 to December 2023. Clinical evaluation and 24-hour Holter ECG were performed before and after ablation. **Results:** A total of 211 VT/PVC foci were mapped and ablated. Most (83.4%) originated from the right ventricular outflow tract (RVOT) and 16.6% from the left ventricular outflow tract (LVOT). Common RVOT sites included septum, posterior, and anterior wall; while LVOT sites included the left coronary cusp and the aortomitral continuity. LVOT had earlier activation time (32.4 ± 9.5 ms vs. 38.3 ± 7.3 ms; $p = 0.010$), but RVOT showed higher pace-mapping accuracy (97.5% vs. 94.0%; $p = 0.008$). Fluoroscopy time and dose were higher in LVOT. Acute procedural success was 98.2% (RVOT) and 97.1% (LVOT). Mean PVC burden decreased from $28.3 \pm 12.82\%$ pre-procedure to 0 [0–0.04%] at 1 week and 0 [0–0.2%] at 3 months ($p < 0.001$). No procedural complications were recorded. **Conclusion:**

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy – Thứ trưởng Bộ Y Tế
Chịu trách nhiệm chính: ThS.BS. Trần Lê Uyên Phương
Email: tuyenphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

Catheter ablation of OT-VAs using EAM-guided radiofrequency energy is a safe and highly effective treatment modality. It achieves excellent acute success rates and durable suppression of arrhythmias. These findings support broader implementation of EAM in managing idiopathic OT-VAs in Vietnam, particularly in patients without underlying structural heart disease. **Keywords:** idiopathic ventricular arrhythmia, outflow tract, catheter ablation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp thất, đặc biệt là nhanh thất và ngoại tâm thu thất xuất phát từ buồng tổng thất trái và thất phải là nhóm bệnh lý vô căn thường gặp gây ra gánh nặng cả về triệu chứng lẫn nguy cơ suy tim cho bệnh nhân. Việc điều trị triệt để điện sinh lý đối với các loại rối loạn nhịp này đã được chứng minh có hiệu quả rõ rệt

Hệ thống lập bản đồ giải phẫu – điện học ba chiều trong buồng tim (EAM) đóng vai trò quan trọng trong việc nhận diện vị trí ổ xuất phát, cơ chế tạo nhịp và vòng vào lại. Bản đồ điện học không chỉ giúp định vị và đánh dấu các điện thế bất thường, mà còn hỗ trợ thủ thuật viên điều hướng catheter, tạo sang thương chính xác tại vị trí mong muốn và giảm thiểu tổn thương không cần thiết.

Tại Việt Nam hiện nay, chưa có nhiều dữ liệu công bố về triệt để nhanh thất và ngoại tâm thu thất sử dụng hệ thống bản đồ 3D trong buồng thất. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm thủ thuật và hiệu quả triệt để rối loạn nhịp thất tại buồng thất trái và phải bằng sóng tần số radio có hướng dẫn bởi hệ thống lập bản đồ 3D tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được thiết kế báo cáo loạt ca, sử dụng phương pháp lấy mẫu thuận tiện do đặc điểm bệnh lý rối loạn nhịp thất có chỉ định điều trị còn hiếm gặp. Thời gian thu nhận mẫu kéo dài từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023 tại Khoa Điều trị Rối loạn Nhịp, Bệnh viện Chợ Rẫy.

Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi có chỉ định điều trị ngoại tâm thu thất hoặc nhanh thất bằng sóng tần số radio, theo đồng thuận năm 2019 của các Hội Nhịp học Hoa Kỳ (HRS), châu Âu (EHRA), châu Á Thái Bình Dương (APHRS) và châu Mỹ Latin (LAHRS), và đồng thời chấp thuận sử dụng hệ thống lập bản đồ giải phẫu – điện học ba chiều trong buồng tim (EAM). Bệnh nhân được triệt để rối loạn nhịp thất bằng sóng tần số radio sử dụng hệ thống lập bản đồ giải phẫu – điện học ba chiều Ensite (Abbott), với phiên bản Ensite Velocity và Precision.

Theo dõi sau thủ thuật. Trong quá trình

thủ thuật, các thông số điện sinh lý được thu thập trực tiếp. Sau đốt, bệnh nhân được siêu âm tim nhằm phát hiện sớm các biến chứng cơ học như tràn dịch màng ngoài tim hoặc hở van tim cấp. Tất cả bệnh nhân được gắn Holter ECG trong vòng 1 tuần sau can thiệp để đánh giá hiệu quả triệt để tức thì. Bệnh nhân được tái khám định kỳ sau 3 tháng để đánh giá lâm sàng và thực hiện lại ECG, siêu âm tim, Holter ECG nhằm phát hiện tái phát rối loạn nhịp hoặc biến chứng muộn

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 201 bệnh nhân có ngoại tâm thu thất hoặc nhanh thất đơn hình từ buồng tổng, được triệt để bằng hệ thống lập bản đồ điện học ba chiều. Tuổi trung bình là $51,1 \pm 12,83$; nữ chiếm 72,63%, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của loạn nhịp buồng tổng, đặc biệt là RVOT ở phụ nữ trung niên không có bệnh tim thực tổn.

Triệu chứng phổ biến gồm hồi hộp (85,07%), mệt từng cơn (69,15%), khó thở hoặc mệt khi gắng sức (>50%). Gần ngất (17,91%) và ngất (10,95%) cho thấy nguy cơ huyết động bất ổn. Yếu tố khởi phát thường gặp gồm lo lắng (43,28%), cà phê (36,32%), rượu bia, trà, nước tăng lực; 3,48% nữ có triệu chứng gần kỳ kinh, gợi ý vai trò nội tiết.

Phần lớn bệnh nhân không có bệnh tim thực tổn. Tăng huyết áp (37,81%), rối loạn lipid (25,87%), đái tháo đường (7,46%) là các bệnh đồng mắc phổ biến. Một số ít có bệnh tim thiếu máu cục bộ (4,48%), tim bẩm sinh (2,49%) hoặc đã đặt máy tạo nhịp/ICD (3,48%). Hầu hết là VT/PVCs vô căn. Trước triệt để, đa số dùng chẹn beta (85,07%), ít hơn dùng amiodarone (8,96%) hoặc flecainide (1%).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân với ngoại tâm thu thất nhanh thất từ buồng tổng

Đặc điểm lâm sàng	Số trường hợp (N)	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng		
Hồi hộp	171	85,07
Mệt từng cơn	139	69,15
Mệt khi gắng sức	105	52,24
Hụt hơi	106	52,74
Hụt hơi khi gắng sức	68	33,83
Đau ngực	45	22,39
Gần ngất	36	17,91
Ngất	22	10,95
Yếu tố khởi phát		
Lo lắng	87	43,28
Rượu, bia	20	9,95

Cà phê	73	36,32
Trà	15	7,46
Nước tăng lực	5	2,49
Thuốc ngừa thai	2	1,00
Gắn ngày hành kinh	7	3,48
Các bệnh phối hợp		
Bệnh tim bẩm sinh	5	2,49
Bệnh van tim	1	0,50
Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn	9	4,48
Đã đặt máy tạo nhịp/khử rung	7	3,48
Tăng huyết áp	76	37,81
Đái tháo đường	15	7,46
Rối loạn lipid máu	52	25,87
Thuốc điều trị rối loạn nhịp thất		
Chẹn beta giao cảm	171	85,07
Amiodarone	18	8,96
Flecaine	2	1,00

Đặc điểm thủ thuật. Tổng cộng 211 ổ ngoại tâm thu hoặc nhanh thất được lập bản đồ và triệt đốt bằng hệ thống ba chiều, trong đó 83,41% từ RVOT và 16,59% từ LVOT. Ở RVOT, vị trí phổ biến là vùng vách (32,23%), thành sau và thành trước. Ở LVOT, thường gặp nhất là chỗ nối van động mạch chủ – hai lá và xoang vành trái, với đặc điểm kỹ thuật can thiệp phức tạp hơn.

Điện tâm đồ cho thấy 100% RVOT có dạng block nhánh trái, với chuyển tiếp R/S chủ yếu ở V3–V4; LVOT đa dạng hơn, gồm 60% block trái và 40% block phải, chuyển tiếp lệch trái hơn (V2–V3). Điện thế hoạt hóa sớm hơn ở LVOT ($32,4 \pm 9,5$ ms) so với RVOT ($38,3 \pm 7,3$ ms, $p = 0,010$).

RVOT có tỷ lệ tạo nhịp thành công cao hơn (97,5% vs 94%, $p = 0,008$), sử dụng sheath dài nhiều hơn; trong khi LVOT dùng catheter tưới nước phổ biến hơn. Thời gian và liều chiếu tia cao hơn ở LVOT, cũng như thời gian thủ thuật (dù không có ý nghĩa thống kê). Tỷ lệ thành công kỹ thuật cao ở cả hai nhóm (RVOT 98,2%,

LVOT 97,1%), không có biến chứng ở RVOT, chỉ một biến cố nhẹ (2,9%) ở LVOT.

Bảng 2: Vị trí đốt của ổ ngoại tâm thu thất, nhanh thất buồng tổng

Vị trí xuất phát rối loạn nhịp thất được lập bản đồ và đốt	Số vị trí đốt (N=211)	Phần trăm (%)
Buồng tổng thất phải	176	83,41
Thành trước	36	17,06
Thành sau	38	18,01
Vách	68	32,23
Thành tự do	31	14,69
Động mạch phổi	3	1,42
Buồng tổng thất trái	35	16,59
Xoang vành trái	10	4,74
Xoang vành phải	1	0,47
Chỗ nối xoang vành trái và xoang vành phải	6	2,84
Chỗ nối van động mạch chủ và van 2 lá	18	8,53

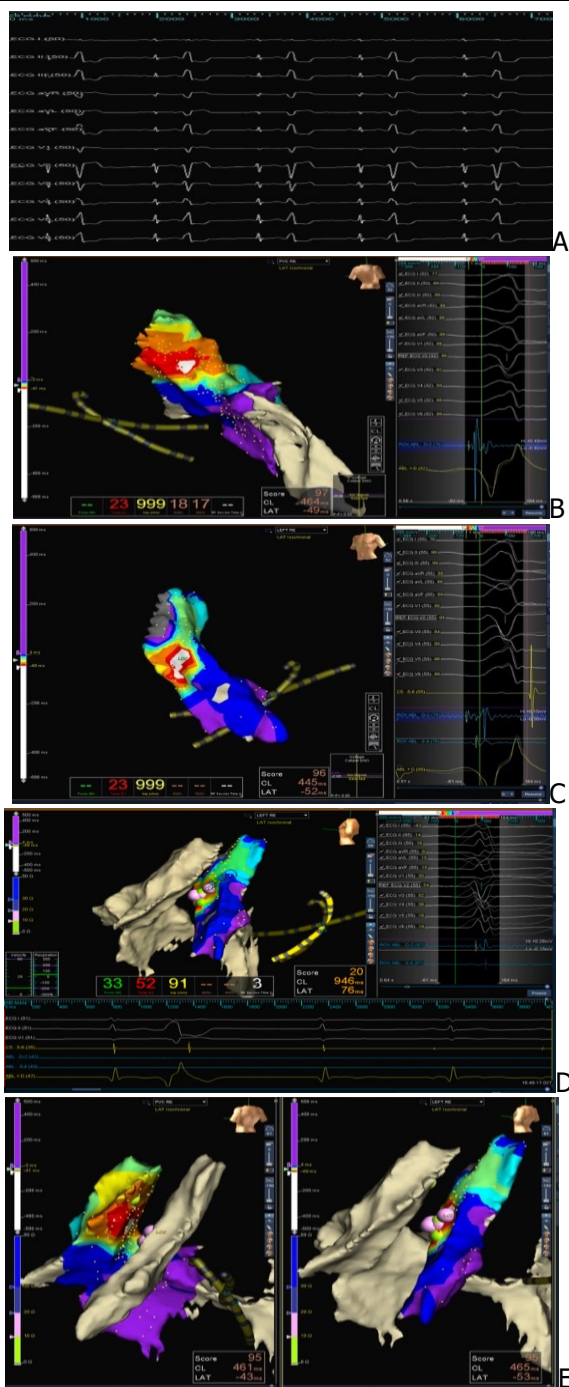
Bảng 3: Đặc điểm điện tâm đồ 12 chuyển đạo của ngoại tâm thu thất, nhanh thất buồng tổng

Đặc điểm nhanh thất từ buồng tổng thất	Buồng tổng thất phải N (%)	Buồng tổng thất trái N (%)
Dạng block nhánh trái	166 (100)	21 (60)
Dạng block nhánh phải	0	14 (40)
Vùng chuyển tiếp R/S		
Trước V1	0	9 (25,7)
V2	26 (15,7)	13 (37,1)
V3	81 (48,8)	9 (25,7)
V4	51 (30,7)	4 (11,4)
Sau V5	8 (4,8)	0 (0)
Tỷ lệ vùng chuyển tiếp R/S ở V2	0,5 (0,3 – 0,6)	0,9 (0,7 – 1,3)

Bảng 4: Đặc điểm thủ thuật triệt đốt điện sinh lý rối loạn nhịp thất từ buồng tổng thất

Đặc điểm lập bản đồ và triệt đốt nhanh thất từ buồng tổng thất	Buồng tổng thất phải (N=166)	Buồng tổng thất trái (N=35)	P
Điện thế hoạt hóa sớm nhất (ms)	$38,3 \pm 7,3$	$32,4 \pm 9,5$	0,010
Điểm tạo nhịp (%)	97,5 (96,0-98,0)	94,0 (91,5 - 96,0)	0,008*
Catheter tưới nước n (%)	30 (18,1)	11 (31,4)	0,067
Sheath dài hỗ trợ n (%)	52 (34,9)	11 (14,3)	0,047
Năng lượng đốt (Watt)	$37,0 \pm 7,5$	$35,2 \pm 8,9$	0,565
Nhiệt độ (°C)	$52,1 \pm 8,4$	$52,4 \pm 8,6$	0,888
Điện trở đốt (Ohm)	$96,0 \pm 9,9$	$93,5 \pm 9,1$	0,787
Giảm điện trở khi đốt (%)	$20,6 \pm 6,2$	$20,1 \pm 6,4$	0,729
Thời gian đốt hiệu quả (giây)	$4,9 \pm 4,04$	$5,3 \pm 4,1$	0,608
Tổng thời gian đốt (phút)	$5,14 \pm 2,49$	$4,6 \pm 3,0$	0,069
Thời gian chiếu tia (phút)	3,3 (2,8 - 5,0)	5 (3,3 - 7,0)	<0,001
Liều chiếu tia (mGy)	15 (10 - 24,3)	17,0 (14,0 - 34,5)	0,037
Thời gian thủ thuật (phút)	$80,7 \pm 29,81$	$96,4 \pm 30,7$	0,492

Thành công n (%)	163(98,2)	34(97,1)	0,538
Biến chứng n (%)	0 (0)	1(2,9)	0,174



Hình 1: Ngoại tâm thu thất nhĩ đôi từ buồng tổng thất

Hình A: Điện tâm đồ 12 chuyển đạo thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán từ buồng tổng thất phải.

Hình B: Bản đồ buồng tổng thất phải có vị trí sớm nhất ở thành sau, đốt tại vị trí này không hiệu quả.

Hình C: Bản đồ buồng tổng thất trái có vị trí sớm nhất ở xoang vành trái, sớm hơn 3ms so với vị trí thành sau buồng tổng thất phải.

Hình D: Đốt tại vị trí sớm nhất ở xoang vành trái hiệu quả, mất ngoại tâm thu thất sau 6 giây đốt. Hình E: Khi đặt hai bản đồ buồng tổng thất phải và buồng tổng thất trái cạnh nhau, vị trí 2 ổ có điện thế sớm nhất đối diện nhau. (nguồn: tác giả)

Kết quả triệt đốt

Bảng 5: Gánh nặng rối loạn nhịp thất trước và sau triệt đốt 1 tuần và 3 tháng

	Trước đốt (N = 201)	Sau đốt 1 tuần	Sau đốt 3 tháng (N = 201)	P (Wilcoxon on test)
Gánh nặng rối loạn nhịp thất	28,3 ± 12,82	0 [0 - 0,04]	0 [0 - 0,2]	< 0,001

Đánh giá hiệu quả can thiệp được thực hiện dựa trên gánh nặng rối loạn nhịp thất trước và sau triệt đốt, được đo bằng Holter 24 giờ. Gánh nặng ngoại tâm thu trung bình trước can thiệp là 28,3 ± 12,82%, với nhiều trường hợp có PVCs chiếm >20% tổng nhịp. Sau 1 tuần, gánh nặng giảm xuống mức 0 [0 - 0,04%], và tại thời điểm 3 tháng tiếp tục duy trì ở mức 0 [0 - 0,2%], sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cao (p < 0,001). Điều này chứng minh hiệu quả lâm sàng rõ rệt và bền vững của kỹ thuật triệt đốt bằng lập bản đồ điện học giải phẫu ba chiều. Không có trường hợp tái phát triệu chứng sớm hoặc cần can thiệp lại trong thời gian theo dõi ngắn hạn.

IV. BÀN LUẬN

Đối với nhanh thất từ buồng tổng thất, nhận diện nơi có thời gian hoạt hóa tại chỗ sớm nhất trên bản đồ hoạt hóa điện học có vai trò quyết định thành công của triệt đốt. Tác giả Choi và cộng sự nghiên cứu trên 219 bệnh khảo sát mối liên quan giữa điện thế sớm nhất với vị trí triệt đốt thành công để xác định mức độ sớm để dự đoán đốt thành công. Kết quả triệt đốt thành công với tỉ lệ 87% khi sử dụng hệ thống lập bản đồ ba chiều CARTO và tỉ lệ thất bại là 13%. Điện thế tại chỗ sớm nhất ở nhóm triệt đốt thành công sớm hơn có ý nghĩa so với nhóm tái phát, với -30 ms [-28, -32] so với -25 ms [-22, -28]; p < 0,05. Giá trị điện thế tại chỗ sớm nhất dự đoán đốt thành công nhanh thất ở buồng tổng thất phải là -30ms, với độ nhạy là 77,4% và độ đặc hiệu là 96,4%. Đối với nhanh thất từ buồng tổng thất trái, điện thế tại chỗ sớm nhất cho đốt thành công là -26ms, với độ nhạy 85,3% và độ đặc hiệu 85,7%¹. Trong nghiên cứu của chúng

tôi, vị trí có điện thế tại chỗ sớm nhất ở buồng tổng thất phải và buồng tổng thất trái đều có sự có giá trị trung bình < -30 ms. Buồng tổng thất phải có điện thế sớm nhất tại ổ đốt sớm hơn so với buồng tổng thất trái, cụ thể là $-30,88 \pm 6,31$ ở buồng tổng thất phải và $-37,21 \pm 14,03$ ở buồng tổng thất trái, nhưng sự khác biệt này trong nghiên cứu của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,208$. Điều này cũng phù hợp với được điểm cắt có giá trị tiên lượng thành công của tác giả Choi và cộng sự là < -30 ms¹.

Về giải phẫu, buồng tổng thất phải nằm ngay phía trước buồng tổng thất trái nên các ổ rối loạn nhịp thất nằm ở thành sau buồng tổng thất phải có thể gây nhầm lẫn với ổ thất sự nằm ở thành trước buồng tổng thất trái. Điện tâm đồ 12 chuyển đạo có thể dự đoán không chính xác được vị trí ổ rối loạn nhịp trong những tình huống phức tạp như vậy². Trong nghiên cứu của chúng tôi, 11 trường hợp có điện tâm đồ gợi ý nhanh thất từ buồng tổng thất phải, khi lập bản đồ ở buồng tổng thất phải cũng ghi nhận ổ có điện thế sớm, tuy nhiên, đốt tại vị trí này không loại bỏ được nhanh thất. Khi tiến hành tiếp cận buồng tổng thất trái thì ghi nhận ổ nhanh thất ở buồng tổng thất trái với điện thế tại chỗ sớm hơn và đốt tại vị trí này loại bỏ được nhanh thất dễ dàng. Một đặc điểm khác ở buồng tổng thất trái là có 8/35 trường hợp khi lập bản đồ phát hiện các điện thế có biên độ thấp nhưng sắc nét như tín hiệu của bó His, đồng thời có một khoảng đẳng điện phân cách giữa điện thế này với khởi đầu phức bộ QRS³.

Trong những năm đầu tiên xuất hiện hệ thống lập bản đồ 3D, có vài nghiên cứu so sánh hiệu quả của triệt đốt nhanh thất từ buồng tổng thất dưới hướng dẫn của bản đồ 3D so với hướng dẫn của chiếu tia đơn thuần, tác giả Eldamanhoury ghi nhận tỉ lệ đốt thành công trong nhóm 3D là 90,9%, trong nhóm chiếu tia đơn thuần là 85,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,82$ ⁴.

Trong nghiên cứu của Hayashi và cộng sự khảo sát kết quả triệt đốt nhanh thất và ngoại tâm thu thất từ buồng tổng thất trong vòng 19 năm và cho thấy tỉ lệ thành công là 87% với xu hướng thành công tăng dần và cùng với sự ứng dụng của hệ thống 3D và catheter tưới nước ở đầu để tạo sang thương sâu hơn⁵.

Trong nghiên cứu của tác giả Trương Quang Khanh, tỉ lệ thành công của nhóm triệt đốt nhanh thất từ đường ra thất dưới hướng dẫn của chiếu tia đơn thuần là 96,3% với tỉ lệ tái phát lần lượt là 6,2⁶. Trong nghiên cứu của tác giả Phan Đình Phong, triệt đốt ngoại tâm thu thất từ

xoang Valsalva có tỉ lệ thành công ngay sau thủ thuật là 94,9%, thất bại 5,1%, tái phát 13,5%. Trong số 14 BN thất bại hoặc tái phát sau thủ thuật lần đầu, 9 BN được làm thủ thuật lần 2 và có 7 trường hợp thành công. Tác giả kết luận tỉ lệ thành công đối với một lần thủ thuật là 82,1% đối với 1 lần thủ thuật và 91,0% đối với 2 lần thủ thuật⁷.

Nhanh thất và ngoại tâm thu thất từ buồng tổng thất được gọi là vô căn vì cơ chế không liên quan đến bệnh tim thiếu máu cục bộ, không liên quan đến bệnh tim cấu trúc. Trong số bệnh nhân có nhanh thất từ buồng tổng thất trong nghiên cứu nghiên cứu của chúng tôi, có 17 bệnh nhân (8,5%) trên nền mắc bệnh động mạch vành mạn đã đặt stent và 2 bệnh nhân (1%) có bất thường xuất phát động mạch vành, 2 bệnh nhân thông liên nhĩ và 1 bệnh nhân thông liên thất. Đó cũng là lý do mà tác giả Yamada định nghĩa nhóm nhịp nhanh từ buồng tổng thất là nhóm nhịp nhanh không liên quan đến sẹo cơ tim⁵.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu triệt đốt rối loạn nhịp thất từ buồng tổng bằng sóng tần số radio dưới hướng dẫn của hệ thống lập bản đồ ba chiều giải phẫu - điện học đã khẳng định đây là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cao. Phương pháp này không chỉ mang lại tỉ lệ thành công cao trong việc kiểm soát nhịp mà còn an toàn giúp giảm liều tia X hơn. Kết quả nghiên cứu ủng hộ việc áp dụng rộng rãi hệ thống lập bản đồ ba chiều trong buồng tim trong điều trị các rối loạn nhịp thất vô căn tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Choi JH, Kwon HJ, Kim HR, et al. Earliest activation time is a good predictor of successful ablation of idiopathic outflow tract ventricular arrhythmias. *Clinical Cardiology*. 2021;44(4):573-579.
2. Anderson RD, Kumar S, Parameswaran R, et al. Differentiating right-and left-sided outflow tract ventricular arrhythmias: classical ECG signatures and prediction algorithms. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*. 2019;12(6):e007392.
3. Liang JJ, Han Y, Frankel DS. Ablation of outflow tract ventricular tachycardia. *Current treatment options in cardiovascular medicine*. 2015;17:1-10.
4. Eldamanhoury H, Diab O, Abdehamid M. Three Dimensional Versus Conventional Mapping Guided Ablation of Idiopathic Ventricular Tachycardia Three Dimensional Versus Conventional Mapping Guided Ablation of Idiopathic Ventricular Tachycardia. *Heart Mirror Journal*. 01/01 2011;5:2011-1687.
5. Hayashi T, Liang JJ, Shirai Y, et al. Trends in Successful Ablation Sites and Outcomes of Ablation for Idiopathic Outflow Tract

- Ventricular Arrhythmias. JACC: Clinical Electrophysiology.2020/02/01/2020;6(2):221-230.
6. **Khanh TQ.** Nghiên cứu kết quả điều trị nhịp nhanh thất nguyên phát bằng năng lượng sóng tần số Radio qua Catheter. Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội. 2013;
7. **Phong PĐ.** Nghiên cứu điện sinh lý học tim của rối loạn nhịp thất khởi phát từ xoang Valsava và kết quả triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số Radio. Luận án tiến sĩ y học. 2015;

THỰC TRẠNG THAI NGOÀI TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH CÀ MAU GIAI ĐOẠN NĂM 2023-2024

Huỳnh Ngọc Linh¹, Nguyễn Việt Trí²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thai ngoài tử cung (TNTC) là tình trạng nguy hiểm, có tỷ lệ ngày càng tăng, gây nhiều biến chứng cho phụ nữ. TNTC vỡ, đặc biệt khi nhập viện muộn, dẫn đến mất máu nhiều và đe dọa tính mạng. Việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời là rất quan trọng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ thai ngoài tử cung vỡ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau giai đoạn 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện trên 530 người bệnh TNTC tại bệnh viện Sản Nhi Cà Mau từ 1/2023 đến 12/2024. Các dữ liệu về dịch tễ, tiền sử sản phụ khoa, tam chứng kinh điển được thu thập và phân tích bằng phần mềm thống kê stata 18.0. **Kết quả:** Tỷ lệ TNTC vỡ là 37,74%. Sau khi phân tích hồi quy logistic các yếu tố như người bệnh ở nông thôn, viêm nhiễm vùng chậu, tiền sử phá thai, mổ lấy thai có liên quan đến tăng nguy cơ vỡ TNTC với OR hiệu chỉnh lần lượt là 2,18; 2,16; 2,29; 1,68. Ngược lại, khám phụ khoa định kỳ, kinh nguyệt đều, có tam chứng kinh điển là giảm nguy cơ TNTC vỡ với OR hiệu chỉnh lần lượt là 0,59; 0,55; 0,66; p đều <0,05. **Kết luận:** Tỷ lệ TNTC vỡ vẫn còn cao. Các yếu tố nguy cơ cần được kiểm soát nhất là phụ nữ ở nông thôn, có nguy cơ tiền sử sản phụ khoa như viêm nhiễm vùng chậu, phá thai, mổ lấy thai, kinh nguyệt không đều... để giảm thiểu biến chứng. **Từ khóa:** Thai ngoài tử cung, vỡ thai ngoài tử cung, tam chứng kinh điển.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF ECTOPIC PREGNANCY AT CA MAU OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL, 2023-2024

Background: Ectopic pregnancy (EP) is a dangerous condition with an increasing rate, causing many complications for women. Ruptured EP, especially when admitted late, leads to significant blood loss and life-threatening situations. Early diagnosis and timely treatment are very important. **Objectives:** To determine the rate of ruptured

ectopic pregnancy and related factors at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital during 2023-2024. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 530 EP patients at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital from 2023-01 to 2024-12. Data on epidemiology, obstetric and gynecological history, and classical symptoms were collected and analyzed using Stata 18.0 statistical software. **Results:** The rate of ruptured EP was 37.74%. After logistic regression analysis, factors such as patients in rural areas, pelvic inflammatory disease, history of abortion, and cesarean section were associated with an increased risk of ruptured EP with adjusted ORs of 2.18, 2.16, 2.29, and 1.68, respectively. Conversely, regular gynecological examination, regular menstruation, and the presence of classical symptoms reduced the risk of ruptured EP with adjusted ORs of 0.59, 0.55, and 0.66, respectively; p <0.05 for all. **Conclusion:** The rate of ruptured EP is still high. Risk factors that need to be controlled include women in rural areas, those with a history of obstetric and gynecological risks such as pelvic inflammatory disease, abortion, cesarean section, irregular menstruation, etc., to minimize complications. **Keywords:** Ectopic pregnancy, ruptured ectopic pregnancy, classical symptoms.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngoài tử cung là tình trạng phôi thai làm tổ và phát triển bên ngoài lớp nội mạc tử cung, gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm đến sức khỏe sinh sản của phụ nữ. Tỷ lệ TNTC ngày càng gia tăng trên toàn thế giới, bao gồm cả Việt Nam. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ TNTC ước tính từ 1-2%, với tỷ lệ tử vong do TNTC vỡ chiếm 2,7% trong số các ca tử vong liên quan đến thai nghén [2], [6].

Các nghiên cứu trong nước cho thấy TNTC vỡ vẫn là một thách thức lớn, đặc biệt khi bệnh nhân nhập viện muộn và mất máu nhiều [3], [4], [8]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ ghi nhận tỷ lệ TNTC vỡ là 39%, với 22,2% bệnh nhân bị sốc mất máu. Tỷ lệ TNTC vỡ có lượng máu mất ≥ 300 ml cũng được ghi nhận là 69,1%[4]. Điều này cho thấy sự cần thiết phải cải thiện chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời để giảm thiểu các biến chứng nguy hiểm. Do đó, để đánh giá tình hình thực tế và đưa ra các giải pháp phù hợp chúng tôi thực hiện nghiên cứu

¹Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau

²Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Linh

Email: drlinhcm78@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025