

- childhood. 2018;103(2):192-198.
2. **Kasahara M, Umeshita K, Eguchi S, et al.** Outcomes of pediatric liver transplantation in Japan: a report from the registry of the Japanese liver transplantation Society. Transplantation. 2021;105(12):2587-2595.
 3. **Hiên PD, Hoa NPA, Hoàn VM, et al.** Kết quả

- ghép gan từ người hiến sống điều trị teo mật bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;527(2):15-20.
4. **Trí TT, Duy HP, Vân Khánh NH, et al.** Ghép tạng tại Bệnh viện Nhi đồng 2: Những thành tựu và thách thức. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;530(1):263-268.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ TRIỆT ĐỐT ĐIỆN SINH LÝ TIM Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG WOLFF-PARKINSON-WHITE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2024-2025

Thân Hoàng Minh¹, Nguyễn Tri Thức², Trần Kim Sơn³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng Wolff-Parkinson-White (WPW) là bất thường bẩm sinh gây ra bởi sự tồn tại đường dẫn truyền phụ nối nhĩ và thất, với tỷ lệ người mắc trong cộng đồng 0,1-0,5%. Hội chứng WPW có thể gặp ở mọi lứa tuổi, biểu hiện lâm sàng đa dạng từ không có triệu chứng đến hồi hộp đánh trống ngực, ngất, suy tim và đột tử. Thăm dò và triệt đốt điện sinh lý tim là cuộc cách mạng trong chẩn đoán và điều trị các rối loạn nhịp tim nói chung, hội chứng WPW nói riêng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả thăm dò điện sinh lý và điều trị hội chứng WPW bằng năng lượng sóng có tần số radio (RF) qua đường ống thông. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến cứu 46 bệnh nhân hội chứng WPW được thăm dò và triệt đốt đường dẫn truyền phụ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 08/2024 đến tháng 08/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 51.3 ± 15.9 , nam chiếm 41%. Hội chứng WPW type A chiếm tỉ lệ 65%, type B 35%. Tỷ lệ thành công của phương pháp cắt đốt là 97,8%, với tỷ lệ tái phát là 4,4%. Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là $72,8 \pm 14,1$ phút, với thời gian chụp X-quang là $12,8 \pm 5,6$ phút. Mức năng lượng được áp dụng là $40,7 \pm 10,1$ W, nhiệt độ $55,5^\circ\text{C}$ và trở kháng $95,2 \pm 5,8 \Omega$. Biến chứng thủ thuật chiếm tỉ lệ 7% xử lý ổn định. **Kết luận:** Thăm dò điện sinh lý giúp chẩn đoán chính xác vị trí đường dẫn truyền phụ trong hội chứng WPW. Triệt đốt đường dẫn truyền phụ bằng năng lượng sóng có tần số radio có tỷ lệ thành công cao, tái phát và biến chứng thấp. **Từ khóa:** đường phụ, rối loạn nhịp, thăm dò điện sinh lý, triệt đốt.

SUMMARY

RESULTS OF ELECTROPHYSIOLOGICAL ABLATION IN PATIENTS WITH WOLFF-PARKINSON-WHITE SYNDROME AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024-2025

¹Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Thân Hoàng Minh

Email: thminh1984@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

PARKINSON-WHITE SYNDROME AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024-2025

Background: Wolff-Parkinson-White (WPW) syndrome is a congenital abnormality caused by the presence of an accessory atrioventricular conduction pathway, with a prevalence of 0.1–0.5% in the general population. WPW syndrome can occur at any age, with clinical manifestations ranging from asymptomatic to palpitations, syncope, heart failure, and sudden cardiac death. Cardiac electrophysiological study and catheter ablation represent a revolutionary advancement in the diagnosis and treatment of cardiac arrhythmias in general, and WPW syndrome in particular. **Objectives:** To evaluate the outcomes of electrophysiological study and catheter ablation of WPW syndrome using radiofrequency (RF) energy. **Materials and methods:** A prospective cross-sectional study was conducted on 46 patients with WPW syndrome who underwent electrophysiological study and accessory pathway ablation at Can Tho Central General Hospital from August 2024 to August 2025. **Results:** The mean age was 51.3 ± 15.9 years, with males accounting for 41%. WPW type A accounted for 65% and type B for 35%. The overall success rate of ablation was 97.8%, with a recurrence rate of 4.4%. The mean procedure duration was 72.8 ± 14.1 minutes, with a mean fluoroscopy time of 12.8 ± 5.6 minutes. The mean applied RF energy was 40.7 ± 10.1 W, with a target temperature of 55.5°C and impedance of $95.2 \pm 5.8 \Omega$. Procedural complications occurred in 7% of cases and were managed successfully. **Conclusions:** Electrophysiological studies enable precise localization of the accessory pathway in WPW syndrome. Radiofrequency catheter ablation is a highly successful treatment modality with low recurrence and complication rates.

Keywords: accessory pathway, arrhythmias, electrophysiological study, catheter ablation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Wolff-Parkinson-White là bệnh lý bẩm sinh liên quan đến sự tồn tại của mô dẫn truyền bất thường trong tim nối tâm nhĩ và tâm thất còn gọi là đường dẫn truyền phụ (hay là cầu

kent). Khi đó một bộ phận của tâm thất sẽ được khử cực sớm hơn so với bình thường tạo nên hình ảnh điện tâm đồ đặc trưng (PR ngắn, QRS dạng block nhánh, sóng delta) có thể gây các cơn nhịp tim nhanh kịch phát [3]. Tỷ lệ có hình ảnh Wolff-Parkinson-White trên điện tâm đồ bề mặt là khoảng 0,1%-0,3% dân số. Trong nhiều nghiên cứu gộp theo dõi các bệnh nhân Wolff-Parkinson-White không triệu chứng, tỷ lệ đột tử là 0,0012-0,47% số người/năm theo dõi. Năm 2020, Behjati và cộng sự nghiên cứu 178 bệnh nhân hội chứng WPW ở Iran và thu được kết quả: tỷ lệ cắt đốt thành công là 89,7%, tỷ lệ tái phát là 2,9% [7]. Nghiên cứu Phạm Trường Sơn và Phạm Văn Chính, có 102 bệnh nhân hội chứng Wolff-Parkinson-White, 40/102 bệnh nhân là đường phụ ẩn, đường phụ bên trái chiếm tỷ lệ 62,1% với tỷ lệ cắt đốt thành công là 97,1% [6]. Nghiên cứu Lê Sỹ Hiệu và Trần Song Giang, tỷ lệ bệnh nhân có 1 đường dẫn truyền phụ ở nhóm có và không có rung nhĩ lần lượt là 94,4% và 96,8% [4]. Thăm dò điện sinh lý tim hiện nay được xem là "tiêu chuẩn vàng" trong chẩn đoán hội chứng Wolff-Parkinson-White. Phương pháp này giúp chẩn đoán chính xác và đưa ra phương pháp triệt đốt sử dụng năng lượng tần số radio, điều trị triệt để hội chứng Wolff-Parkinson-White [4]. Hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ bước đầu triển khai kỹ thuật chuyên sâu thăm dò và cắt đốt điện sinh lý tim. Vì thế việc thực hiện kỹ thuật thăm dò và cắt đốt điện sinh lý tim trên bệnh nhân hội chứng Wolff-Parkinson-White tại bệnh viện là đều rất cấp thiết. Trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bước đầu kết quả cắt đốt điện sinh lý tim trong điều trị hội chứng Wolff - Parkinson - White tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2024 – 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Wolff - Parkinson - White tại khoa Điều trị rối loạn nhịp tim Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ 08/2024 – 08/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

* Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định hội chứng Wolff - Parkinson - White điển hình trên điện tâm đồ bề mặt 12 chuyển đạo. Tiêu chuẩn trên điện tâm đồ [4]:

- Khoảng PR < 0,12s và sóng P bình thường
- Có sóng delta ở đầu phức bộ QRS
- Phức bộ QRS dẫn rộng bất thường $\geq 0,11s$
- Có thể có sự thay đổi thứ phát của ST và

sóng T: chênh trái chiều với sóng delta và phần chính của phức bộ QRS.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Điện tâm đồ dạng Wolff - Parkinson - White không điển hình
- Chống chỉ định việc thăm dò và cắt đốt điện sinh lý [1]: Hội chứng nhiễm trùng; Rối loạn đông máu; Phụ nữ có thai; Bệnh lý tim mạch nặng: suy tim cấp, nhồi máu cơ tim cấp, viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim cấp, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng; Van 3 lá cơ học.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 46 đối tượng.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, BMI, bệnh lý tim mạch kèm theo (Bệnh mạch vành mạn, tăng huyết áp, rung nhĩ, bệnh lý van tim, đái tháo đường type 2, cường giáp)
- Đặc điểm cận lâm sàng: Điện tâm đồ bề mặt; Holter ECG;
- Kết quả điều trị cắt đốt bằng sóng cao tần ở bệnh nhân hội chứng Wolff- Parkinson - White
- Đặc điểm cắt đốt hội chứng Wolff - Parkinson - White
 - + Cắt đốt thành công hội chứng W.P.W
 - + Các chỉ số trong quá trình cắt đốt: Số lần cắt đốt, thời gian chiếu tia, thời gian thủ thuật, thời gian triệt đốt, năng lượng, nhiệt độ, điện trở
 - + Tái phát sau 24h làm thủ thuật
 - + Tái phát sau một tháng xuất viện

Thu thập dữ liệu: Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu được thu thập thông tin cá nhân, đặc điểm bệnh lý tim mạch. Bệnh nhân được điều trị theo quy trình thống nhất. Các kết quả theo dõi sau 1 tháng thăm dò và triệt đốt điện sinh lý được thu thập vào bảng thu thập số liệu đã được thiết kế sẵn.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Phân tích số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 19.0.

Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn, được trình bày dưới dạng trung vị, khoảng nếu phân phối không chuẩn. So sánh sự khác biệt giữa hai biến số định lượng, chúng tôi dùng T- test.

Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm. Tỷ suất chênh (OR) được sử dụng khi so sánh hai tỷ lệ áp dụng bảng 2 x 2. Kiểm định χ^2 với mức ý nghĩa 0,05 để khảo sát mối liên quan giữa các biến số định tính.

2.3. Vấn đề y đức. Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (Số 24.176.HV/PCT-HĐĐĐ).

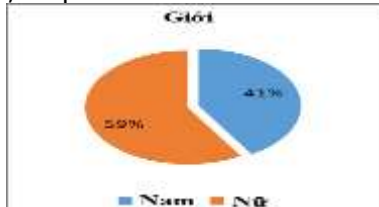
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 08/2024 đến 08/2025, chúng tôi thu thập được 46 bệnh nhân hội chứng WPW được thăm dò và triệt đốt điện sinh lý tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi

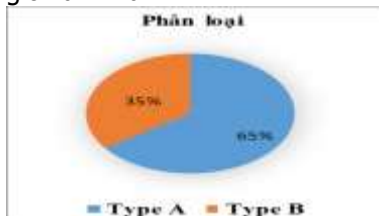
Tuổi	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
	19	83	51,3 ± 15,9

Nhận xét: Trong 46 trường hợp được thăm dò điện sinh lý tim và triệt đốt bằng sóng cao tần, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình là 51,3 ± 15,9 tuổi, thấp nhất là 19 và cao nhất là 83.



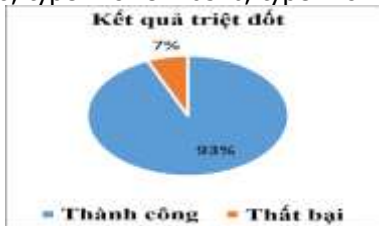
Biểu đồ 1. Đặc điểm về giới

Nhận xét: Trong 46 trường hợp được thăm dò điện sinh lý tim và triệt đốt bằng sóng cao tần, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 59%, cao hơn so với nam giới là 41%.



Biểu đồ 2. Phân loại hội chứng WPW

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, type A là nhóm chiếm tỷ lệ lớn hơn so với type B. Trong đó, type A chiếm 65%, type B chiếm 35%.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ triệt đốt thành công hội chứng WPW

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệt đốt hội chứng WPW bằng năng lượng sóng tần số radio có tỷ lệ thành công cao (97,8%).

Bảng 2. Thời gian thủ thuật và thời gian chiếu tia khi triệt đốt hội chứng WPW

Thời gian thủ thuật (phút)	72,8 ± 14,1
Thời gian chiếu tia (phút)	12,8 ± 5,6

Nhận xét: Trong quá trình can thiệp triệt đốt hội chứng WPW, thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là 72,8 ± 14,1 phút, trong khi thời gian chiếu tia trung bình được ghi nhận là 12,8 ± 5,6 phút, cho thấy hiệu quả và độ an toàn tương đối cao của phương pháp.



Biểu đồ 4. Tỷ lệ biến chứng

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân an toàn sau can thiệp triệt đốt với 93,5% trường hợp không có biến chứng sau triệt đốt hội chứng WPW. Chỉ có 3 trường hợp có biến chứng sau đốt, chiếm tỷ lệ 6,5%.

Bảng 3. Tỷ lệ tái phát khi triệt đốt hội chứng WPW

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trong thời gian nằm viện	1	2,2
Sau 1 tháng triệt đốt	1	2,2
Tổng	2	4,4

Nhận xét: Trong quá trình theo dõi, nghiên cứu ghi nhận 1 trường hợp tái phát sớm trong thời gian nằm viện (2,2%), và 1 trường hợp tái phát muộn sau triệt đốt 1 tháng (4,4%), cho thấy tỷ lệ tái phát sau can thiệp là thấp nhưng vẫn cần theo dõi dài hạn.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi của các bệnh nhân được ghi nhận dao động từ 19 đến 83 tuổi, với tuổi trung bình là 51,3 ± 15,9. Qua đó cho thấy hội chứng WPW có thể gặp ở nhiều lứa tuổi, từ thanh niên đến người cao tuổi. Tuy nhiên, trong mẫu nghiên cứu này, phần lớn bệnh nhân có xu hướng nằm trong độ tuổi trung niên trở lên. Giá trị trung bình và độ lệch chuẩn: Tuổi trung bình là 51,3 tuổi với độ lệch chuẩn khá lớn 15,9, phản ánh sự đa dạng về độ tuổi trong nhóm bệnh nhân. Điều này có thể gợi ý rằng WPW không đặc trưng cho một nhóm tuổi cụ thể mà có thể xuất hiện ở nhiều độ tuổi khác nhau. Tuy WPW thường được chẩn đoán ở người trẻ, đặc biệt khi có triệu chứng rõ ràng như nhịp tim nhanh kịch phát, thì số liệu trên lại cho thấy có nhiều trường hợp được phát hiện ở lứa tuổi muộn hơn, có thể là do triệu chứng nhẹ hoặc không điển hình khiến bệnh nhân không được chẩn đoán sớm. Kết quả nghiên cứu của chúng

tôi cao hơn so với nghiên cứu tác giả Lê Văn Cường và Dương Văn Hiệp 42.5 ± 15 tuổi [2].

Qua nghiên cứu 46 trường hợp bệnh nhân hội chứng WPW điển hình tỉ lệ bệnh nhân nữ 59%, nam 41%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng nghiên cứu tác giả Lê Văn Cường và Dương Văn Hiệp nam 48,7%, nữ 51,3% [2]. Qua số liệu các nghiên cứu trên cho thấy không có chênh lệch nhiều về tỉ lệ mắc bệnh theo giới tính nam nữ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, type A là nhóm chiếm tỉ lệ lớn hơn so với type B. Trong đó, type A chiếm 65%, type B chiếm 35%. Theo y văn hội chứng WPW được chia làm nhiều type trên điện tim mà phổ biến là type A và type B. Type A là dạng sóng delta dương ở chuyển đạo V1, thường liên quan đến đường dẫn truyền phụ ở bên trái tim và ngược lại type B là dạng sóng delta âm ở V1, liên quan đến đường dẫn truyền phụ ở bên phải tim và type A thường chiếm tỉ lệ cao hơn type B. Nghiên cứu tác giả Lê Quang Cường và Dương Văn Hiệp type A chiếm 74,4%, type B chiếm 25,6% [2]. Qua các số liệu trên đều cho thấy tỉ lệ hội chứng WPW type A chiếm ưu thế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệt đốt hội chứng WPW bằng năng lượng sóng tần số radio có tỉ lệ thành công cao 97,8%, thất bại 2,2%. Đây là một kết quả rất tích cực, cho thấy kỹ thuật triệt đốt bằng sóng cao tần hiện nay là phương pháp điều trị hiệu quả cao cho hội chứng WPW tỉ lệ thành công rất cao [9]. Tỉ lệ thành công cao đồng nghĩa với việc hầu hết bệnh nhân khỏi hoàn toàn triệu chứng rối loạn nhịp tim, không cần dùng thuốc lâu dài, và giảm nguy cơ biến chứng nghiêm trọng như rung thất. Trong nghiên cứu có 01 trường hợp thất bại chiếm tỉ lệ 2,2% bệnh nhân tái phát ngay sau khi đốt, nguyên nhân thất bại đường phụ nằm vị trí khó tiếp cận cạnh bó His và bệnh nhân còn trẻ tuổi nên việc triệt đốt cần cân nhắc cẩn thận nguy cơ bị block nhĩ thất phải đặt máy tạo nhịp. Tỉ lệ triệt đốt trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng so với tác giả Bùi Thế Dũng 98,9%, Hình N. V. và cộng sự 97,6% [8].

Trong nghiên cứu này, thời gian thủ thuật trung bình là $72,8 \pm 14,1$ phút, còn thời gian chiếu tia là $12,8 \pm 5,6$ phút. Các thông số này nằm trong khoảng tiêu chuẩn được ghi nhận trong các nghiên cứu trong và ngoài nước. Việc duy trì thời gian chiếu tia ở mức thấp góp phần giảm thiểu nguy cơ bức xạ cho bệnh nhân và nhân viên y tế. Đồng thời, thời gian thủ thuật hợp lý phản ánh kỹ thuật thao tác hiệu quả, góp phần tăng tỉ lệ thành công và giảm biến chứng liên quan đến thủ thuật kéo dài. Nghiên cứu tác

giả Chu Dũng Sĩ thời gian thủ thuật trung bình $48,7 \pm 18,5$ còn thời gian chiếu tia là $7,2 \pm 4,0$ thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [5]. Thời gian thủ thuật và thời gian chiếu tia trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so: Lê Văn Cường và Dương Quang Hiệp ($87,5 \pm 37,5$ phút và $23,1 \pm 10,8$ phút) [2]. Hiện nay, dưới sự phát triển mạnh mẽ hệ thống điện sinh lý mới hiện đại và các dụng cụ hỗ trợ trong quá trình thăm dò và triệt đốt điện sinh lý vì thế thời gian chiếu tia và thủ thuật ngày càng rút ngắn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân an toàn sau can thiệp triệt đốt với 93,5% trường hợp không có biến chứng sau triệt đốt hội chứng WPW. Chỉ có 3 trường hợp có biến chứng sau đốt, chiếm tỉ lệ 6,5%. Con số này phản ánh mức độ an toàn cao của thủ thuật triệt đốt bằng sóng radio trong điều trị hội chứng WPW. Các biến chứng chủ yếu ở mức độ nhẹ sau khi được xử lý đều an toàn và không để lại di chứng lâu dài. Tỉ lệ biến chứng này tương đương với các báo cáo y văn 2-6%, cho thấy trình độ và kỹ thuật can thiệp tại cơ sở thực hiện đạt chuẩn. Nghiên cứu tác giả Lê Văn Cường chưa ghi nhận biến chứng có lẽ do cỡ mẫu còn nhỏ [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 bệnh nhân hội chứng WPW tái phát sớm trong thời gian nằm viện và 1 bệnh nhân tái phát sau triệt đốt 1 tháng, chiếm 4,4%. Tỉ lệ này nằm trong khoảng được ghi nhận trong các nghiên cứu quốc tế và trong nước 3–8%. Tái phát có thể do tổn thương chưa triệt để hoặc đặc điểm đường phụ đặc biệt. Tuy nhiên, tất cả các trường hợp đều được theo dõi sát và không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng kèm theo. Điều này cho thấy hiệu quả điều trị của thủ thuật là cao và an toàn. Tỉ lệ tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu tác giả Lê Văn Cường 2,6% [2].

V. KẾT LUẬN

Thăm dò điện sinh lý giúp chẩn đoán chính xác vị trí đường dẫn truyền phụ trong hội chứng WPW. Triệt đốt đường dẫn truyền phụ bằng năng lượng sóng có tần số radio có tỷ lệ thành công cao, tái phát và biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2017), Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành tim mạch, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội.
2. **Lê Văn Cường, Dương Quang Hiệp** (2022), "Ứng dụng năng lượng sóng có tần số radio điều trị hội chứng Wolff - Parkinson - White tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 153 (5). 26-31.

3. **Trần Song Giang, và cộng sự** (2023), "So sánh đặc điểm điện sinh lý học tim ở người bệnh hội chứng Wolff-Parkinson-White có cơn rung nhĩ và không có cơn rung nhĩ", Tạp chí Sinh lý học Việt Nam, 27 (2). 36-44.
4. **Lê Sỹ Hiệu, Trần Song Giang** (2022), "Đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý học tim ở bệnh nhân hội chứng Wolff - Parkinson - White có cơn rung nhĩ", Tạp chí Y học Việt Nam, 509 (2). tr. 192-196.
5. **Chu Dũng Sĩ** (2018), Nghiên cứu giá trị điện tâm đồ bề mặt trong chẩn đoán định khu đường dẫn truyền phụ ở bệnh nhân có hội chứng Wolff - Parkinson - White điển hình, Luận án Tiến sĩ, Học viện Quân Y, Hà Nội.
6. **Phạm Trường Sơn, Phạm Văn Chính** (2022), "Kết quả thăm dò điện sinh lý và triệt đốt bằng sóng tần số radio ở các bệnh nhân rối loạn nhịp trên thất tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2018 đến năm 2020", Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108, 17 (1). 1-7.
7. **A. Baranchuk, Krishnan D., Miranda-Arboleda A. F.** (2022), "Accessory pathway location algorithms: Planning invasive procedures in the electrophysiology laboratory", Kardiolog. Pol., 80 (1). pp. 3-4.
8. **Hình N. V., Bach D. H., Son P. T.** (2023), "Results of risk stratification and accessory pathway ablation in patients with asymptomatic Wolff - Parkinson - White pattern at 108 Military Central Hospital", Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, 17. 1-7.
9. **Zhao L., Li R., Bai L., et al.** (2022), "Successful radiofrequency catheter ablation of Wolff-Parkinson-White syndrome in a patient with dextrocardia: A case report", Front. Cardiovasc. Med., 9. pp. 1006435.

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ CỦA PHONG BẾ MẶT PHẪNG GIỮA CƠ LIÊN SƯỜN VÀ CƠ TRÁM TRONG PHẪU THUẬT CẮT PHỔI CÓ NỘI SOI HỖ TRỢ

Phạm Việt Anh¹, Nguyễn Quốc Kính²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ cắt phổi có nội soi hỗ trợ bằng phương pháp phong bế mặt phẳng giữa cơ liên sườn và cơ trảm với Levobupivacain 0,25% 20ml. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng được thực hiện trên 60 bệnh nhân có chỉ định cắt thùy phổi/phần thùy phổi có nội soi hỗ trợ từ tháng 12/2024 đến 7/2025 tại Bệnh viện K. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: nhóm 1 (có phong bế RIPB và sử dụng IV-PCA) và nhóm 2 (IV-PCA đơn thuần). Các chỉ số theo dõi gồm VAS khi nghỉ, vận động, ho và nhu cầu sử dụng morphin sau phẫu thuật. **Kết quả:** Hiệu quả giảm đau ở Nhóm 1 tốt hơn đáng kể: Điểm VAS ở Nhóm 1 thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở hầu hết các thời điểm đánh giá khi nghỉ, vận động và ho ($p < 0.05$). Tổng liều morphin tiêu thụ Nhóm 1 sau phẫu thuật thấp hơn đáng kể trong 24 giờ (4.0 ± 2.4 mg vs 23.7 ± 9.2 mg, $p < 0.001$) và 48 giờ (13.6 ± 3.8 mg vs 36.8 ± 11.7 mg, $p < 0.001$). Thời gian đến khi cần liều morphin cứu hộ đầu tiên ở Nhóm 1 lâu hơn rất nhiều (12.2 ± 5.5 giờ vs 0.3 ± 0.2 giờ, $p < 0.001$). **Kết luận:** Phong bế mặt phẳng giữa cơ liên sườn và cơ trảm là một kỹ thuật giảm đau hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân cắt phổi có nội soi hỗ trợ. Kỹ thuật này giúp giảm đáng kể mức tiêu thụ morphin, cải thiện chất lượng giảm đau và an toàn, ít tác dụng phụ. Phương pháp này đem tới cho các bác sĩ gây mê một lựa chọn bổ sung trong giảm đau đa mô thức chu

phẫu. **Từ khóa:** Rhomboid Intercostal Plane Block, phẫu thuật cắt phổi, VATS, giảm đau

SUMMARY

POSTOPERATIVE ANALGESIC EFFICACY OF RHOMBOID INTERCOSTAL PLANE BLOCK IN VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY FOR PULMONARY RESECTION

Objective: Evaluation of Postoperative Analgesic Efficacy of Rhomboid Intercostal Plane Block (RIPB) with 20ml of 0.25% Levobupivacaine in Patients Undergoing Video-Assisted Thoracoscopic (VATS) Pulmonary Resection. **Subjects and Methods:** A randomized controlled clinical study was conducted on 60 patients indicated for video-assisted lobectomy/segmentectomy from December 2024 to July 2025 at K Tan Trieu Hospital. Patients were divided into two groups: Group 1 (with RIPB block and IV-PCA) and Group 2 (only IV-PCA). Monitored parameters included VAS scores at rest, during movement, coughing, and postoperative morphine requirements. **Results:** Pain relief efficacy in Group 1 was significantly superior: VAS scores in Group 1 were statistically significantly lower at most evaluation time points during rest, movement, and coughing ($p < 0.05$). Total postoperative morphine consumption in Group 1 was significantly lower at 24 hours (4.0 ± 2.4 mg vs 23.7 ± 9.2 mg, $p < 0.001$) and 48 hours (13.6 ± 3.8 mg vs 36.8 ± 11.7 mg, $p < 0.001$). The time to the first rescue morphine dose in Group 1 was markedly longer (12.2 ± 5.5 hours vs 0.3 ± 0.2 hours, $p < 0.001$). **Conclusion:** The rhomboid intercostal plane block is an effective and safe pain relief technique for patients undergoing video-assisted lung resection. This method significantly reduces morphine consumption, improves the quality of pain relief, and is safe with minimal side effects. It provides

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Việt Anh

Email: phamvietanh245@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 21.11.2025