

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT KHÓA ĐIỀU TRỊ GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH CÓ SỰ HỖ TRỢ CỦA MÀN TĂNG SÁNG

Quế Văn Huy¹, Nguyễn Xuân Thùy²,
Vũ Văn Khoa², Vũ Trường Thịnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành có sự hỗ trợ của màn tăng sáng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu không đối chứng trên 45 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành có sự hỗ trợ của màn tăng sáng từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân ở độ tuổi từ 31 đến 60 tuổi (42,22%), tai nạn giao thông là nguyên nhân dẫn đến chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (66,67%) và cơ chế tai nạn hẫng gặp nhất là gián tiếp với tỉ lệ (77,78%); tổn thương chủ yếu là nhóm C (53,33%) theo phân loại tiêu chuẩn AO. Kết quả chung theo thang điểm của Sander R. tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao 62,22%, trung bình là 28,89%, kém là 8,89%. **Kết luận:** Gãy kín đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành là tổn thương nặng trong đó gãy nhóm C là gãy phức tạp, ảnh hưởng đến vận động khớp. Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa có hỗ trợ màn tăng sáng nhằm nắn chỉnh phục hồi về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, tạo điều kiện để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật.

Từ khóa: Gãy kín đầu dưới xương đùi.

SUMMARY

ASSESSMENT OUTCOMES OF INTERNAL OSTEOSYNTHESIS LOOKING PLATE SYSTEM TREATMENT OF CLOSED DISTAL FEMUS FRACTURE IN ADULT WITH SUPPORT OF C-ARM

Introduction: Evaluate the result of internal osteosynthesis looking plate system treatment of closed distal femus fracture in adult. **Method:** A retrospective and prospective study without control on 45 patients who underwent internal osteosynthesis treatment of closed distal femus fracture from 1/2019 to 3/2021. **Result:** The majority of patients were between the ages of 31 and 60 years old (42.22%), traffic accidents were the leading cause of injuries (66.67%) and AO group C fractures were mainly on 53.33% cases. The overall outcome according to Sander R. scale, good and excellent accounted for a high rate of 62.22%, fair was 28.89%, and poor was

8.89%. **Conclusion:** AO group C closed distal femus fracture in adults is complex intercondylar fracture. The internal osteosynthesis treatment correct anatomical reduction, rigid fixation of fracture in order to improve early rehabilitation after surgery.

Keywords: Close distal femus fracture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương đùi (ĐDXĐ) là một loại gãy xương lớn và phức tạp, dễ đưa đến nhiều biến chứng và di chứng trong các loại gãy xương vùng khớp gối, như di chứng can lệch, hạn chế vận động khớp gối hoặc thoái hóa khớp gối.

Trước năm 1970, phương pháp điều trị bảo tồn là chính. Bệnh nhân được xuyên đinh kéo liên tục để nắn chỉnh, sau 2 đến 3 tuần chuyển sang cố định bằng bột [1], [2]. Phương pháp này có nhiều hạn chế như: Các biến chứng do thời gian bất động kéo dài

Điều trị phẫu thuật đã cho nhiều kết quả khả quan như liền xương, phục hồi chức năng. Mize R.D. và cộng sự (1982) [3] thông báo điều trị phẫu thuật cho 30 bệnh nhân bị gãy ĐDXĐ kết quả đạt loại tốt là 76.5%. Tại Việt Nam, Đoàn Lê Dân và cộng sự (1998) [4] thông báo điều trị phẫu thuật cho 48 bệnh nhân gãy ĐDXĐ đạt kết quả tốt là 47,9%.

Trong thời gian học tập tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và qua tìm hiểu thực tế chúng tôi thấy chưa có nhiều nghiên cứu, báo cáo tổng kết đầy đủ về phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít trong gãy kín đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành có hỗ trợ màn tăng sáng. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp này tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 45 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành có hỗ trợ màn tăng sáng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang không đối chứng kết hợp hồi cứu (32 bệnh nhân) và tiến cứu (13 bệnh nhân).

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn:

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Quế Văn Huy

Email: quehuy95@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2021

Ngày duyệt bài: 16.11.2021

Tiêu chuẩn lựa chọn: từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương đùi (trừ loại B3 theo phân loại AO), đủ hồ sơ bệnh án, phim Xquang trước và sau mổ, bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: gãy xương hở, gãy xương bệnh lý, di chứng sau chấn thương, các bệnh nhân không đồng thuận tham gia nghiên cứu.

2.4. Kỹ thuật:

- Tư thế BN: Để BN nằm ngửa có kê đệm dưới khoeo một gối nhỏ. Nếu trường hợp gãy xương phức tạp thì cần phải tính toán sao cho gấp gối được nhiều hơn để thuận lợi cho thì nắn chỉnh và cố định, Garo gốc đùi.

- Đường mổ: đi theo đường mổ phía bên ngoài

Thì 1: Rạch da 1/3 dưới đùi theo đường chuẩn đích từ mẫu chuyển lớn đến phía sau lồi cầu ngoài xương đùi, đến ngang bình diện khớp gối, sau đó cong nhẹ vào trong xuống tới gần bờ ngoài lồi củ trước xương chày, bóc tách cân cơ bộc lộ đầu dưới xương đùi

Thì 2: Bộc lộ và nắn chỉnh ổ gãy: sau khi bộc lộ ổ gãy tiến hành bơm rửa lấy hết máu tụ, làm sạch các đầu, diện xương gãy, nắn chỉnh các

mảnh xương vỡ về vị trí giải phẫu, găm kim cố định tạm thời các diện gãy, sau nắn kiểm tra trên màn hình tăng sáng

Thì 3: Đặt nẹp khóa và kiểm tra bằng màn tăng sáng:

Nắn chỉnh hết các di lệch, chọn và đặt nẹp khóa phù hợp với vị trí và chiều dài của xương. Bờ trước và bờ sau nẹp khóa song song với phần loe rộng của các khối lồi cầu trước và sau. Đầu thấp nhất của nẹp xuống sát chỗ bám của bao khớp phía trên bờ sụn.

Khoan bắt vis khóa trên nẹp theo định hướng ống khoan

Kiểm tra sau bắt vis bằng màn hình tăng sáng

Thì 4: cầm máu và đóng vết mổ

2.5. Biến số nghiên cứu

- Thông tin chung: tuổi, giới.
- Nguyên nhân chấn thương
- Triệu chứng lâm sàng
- Đặc điểm tổn thương trên Xquang.
- Thời gian từ khi tổn thương đến khi phẫu thuật
- Phương pháp phẫu thuật: kỹ thuật mổ, đường mổ.
- Kết quả điều trị, biến chứng sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=45)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18-30	9	20
	31-60	19	42,22
	> 60	17	38,78
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	30	66,67
	Tai nạn lao động	11	24,44
	Tai nạn sinh hoạt	4	8,89
Triệu chứng lâm sàng	Sưng nề và bầm tím vùng dưới đùi và gối sau chấn thương	45	100%
	Đau chói	45	100%
	Cử động bất thường	15	33,33%
	Biến dạng chi, bàn chân đổ ngoài	45	100%
Phân loại tổn thương (AO)	A	16	35,56
	B	5	11,11
	C	24	53,33
Thời điểm phẫu thuật	1-3 ngày	18	40
	4-7 ngày	22	48,89
	8-14 ngày	5	11,11
Thời gian điều trị	< 7 ngày	21	46,67
	7 – 14 ngày	23	51,11
	>14 ngày	1	2,22

Bảng 3.1 cho thấy đa số BN ở nhóm 31-60 tuổi (chiếm 42,22%), Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là TNGT(66,67%). 100% BN có triệu chứng sưng nề và bầm tím vùng dưới đùi và gối sau chấn thương, có 33% cử động bất thường vì đây cũng không phải yêu cầu bắt buộc tìm thấy khi khám lâm sàng. Tổn thương loại C chiếm tỷ lệ phổ biến nhất với 53,33%, tỷ lệ tổn thương B nhỏ nhất với 11,11%. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật trong tuần đầu tiên tính từ khi chấn thương. Đa số bệnh

nhân được điều trị trong vòng 2 tuần (14 ngày) kể từ thời điểm vào viện, trong đó thời gian điều trị sau phẫu thuật đa phần dưới 10 ngày.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Kết quả gần

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân(n=45)	Tỷ lệ (%)
Diễn biến tại vết mổ	Liên vết mổ thì đầu	41	91,11%
X-quang sau mổ	Trục xương thẳng giống như bên lành	17	37,78
	Nếu mở góc ra ngoài hay ra trước < 5° Nếu mở góc ra sau hay vào trong < 10°	20	44,44
	Nếu vượt quá ngưỡng trên	8	17,78
	Giống tiêu chuẩn trung bình và kèm theo di lệch xoay	0	0

Bảng 3.3. Kết quả xa

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân(n=37)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng sẹo mổ	Mềm mại	35	77,78
	Sẹo lồi	7	15,56
	Sẹo dính và co kéo	3	6,67
Kết quả liền xương	X-quang: ổ gãy liền xương vững chắc không di lệch	25	55,56
	X-quang: ổ gãy đã liền xương hết di lệch hoặc còn di lệch ít ở mức độ cho phép	13	28,89
	X-quang: ổ gãy đó liền xương, có thể khuyết xương, ổ gãy còn di lệch nhiều hơn mức độ cho phép	7	15,56
	X-quang: ổ gãy không liền xương hoặc liền xương giống như ở mức độ trung bình kèm theo di lệch xoay	0	0
Mức độ đau	Không đau	20	44,44
	Thỉnh thoảng đau hoặc khi thay đổi thời tiết	18	40
	Đau khi mệt mỏi	6	13,33
	Đau liên tục	1	2,22
Mức độ gấp gối	Bình thường	15	33,33
	110°- 125°	17	37,78
	90°- 99°	6	13,33
	< 90°	7	15,56
Mức độ hạn chế duỗi gối	0°	20	44,44
	5°	18	40
	6°-10°	5	11,11
	>10°	2	4,44

Bảng 3.4. Kết quả chung

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=45)	Tỷ lệ (%)
Theo thang điểm của Sander R.	Rất tốt	10	22,22
	Tốt	18	40
	Trung bình	13	28,89
	Xấu	4	8,89

Kết quả gần sau mổ là tốt với 91,11% bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu. XQ sau mổ hết di lệch và di lệch ít trong mức cho phép là 82,22%. Kết quả xa sau mổ với tình trạng sẹo mổ mềm mại chiếm tỷ lệ cao với 77,78%, tỷ lệ liền xương hết di lệch 55,56%, mức độ hết đau và thỉnh thoảng đau chiếm tỉ lệ cao 84,44. Kết quả chung bệnh nhân đạt tốt và rất tốt chiếm 62,22%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 51,04 ± 19,06, đa số là tuổi lao

động với số bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm 62,22%. Qua số liệu này cho thấy, số BN ở lứa tuổi trẻ và trung niên, đang ở độ tuổi lao động chiếm phần lớn, điều này cũng nói lên nguyên nhân gây tai nạn chủ yếu do năng lượng cao, đang tham gia gia thông nhiều. Kết quả này gần tương đương với kết quả nghiên cứu của Lê Quốc Huy (2003) [5] là 78,4%, Nguyễn Huy Thành (2009) [6] là 85,2%.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì nguyên nhân gây kín đầu dưới xương đùi chủ

yếu do là do TNGT 30/45 BN (66,67%), tiếp đến các nguyên nhân khác như TNLĐ có 11/45 BN (24,44%); TNSH có 4/45 BN (8,89%).

Tỉ lệ TNGT của chúng tôi tương đương với Nguyễn Huy Thành (2009) [6] là 80,3%. Lớn hơn so với các tác giả nước ngoài như Mize (1989) [7] thì tỷ lệ gặp do TNGT là 58%. Khan AM (2017) [8] thì tỉ lệ gặp do TNGT là 26,6%. Có lẽ đây là đặc thù TNGT quá phổ biến ở Việt Nam hiện nay.

Như vậy ở Việt Nam nguyên nhân chính vẫn là do TNGT, đó cũng là nguyên nhân chung của các chấn thương khác nhau như CTSN, gãy xương cẳng chân, xương đùi. Điều này cho thấy tình hình TNGT nói chung và việc tuân thủ các biện pháp an toàn giao thông nói riêng vẫn đang là vấn đề bức xúc cần được giải quyết để giảm thiểu số tai nạn. Ở độ tuổi trên 60, nguyên nhân dẫn đến gãy đầu dưới xương đùi lại là tai nạn sinh hoạt trong đó đa phần là bệnh nhân nữ. Trong thực tế, lứa tuổi trên 60 thì quá trình loãng xương ở phụ nữ diễn ra nhanh và mạnh hơn nam giới, nguyên nhân chủ yếu ở lứa tuổi này là do TNSH ngã.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu này ta thấy hầu hết các BN gãy kín đầu dưới xương đùi đều có các đặc điểm lâm sàng của gãy xương nói chung, đau chói 100%, sưng nề và bầm tím vùng dưới đùi và gối sau chấn thương 100%, biến dạng chi, bàn chân đổ ngoài 100%, dấu hiệu cử động bất thường khám được là 33,33%, đây cũng phản ánh vấn đề không nên cố gắng tìm dấu hiệu cử động bất thường bằng các động tác khám tránh tình trạng làm đau và nặng thêm bệnh.

Bệnh nhân được bất động tạm thời trước phẫu thuật là 100%, trong đó bất động bằng nẹp chuyên dụng chiếm tỉ lệ cao nhất 66,67%, kéo liên tục chỉ áp dụng cho trường hợp phần mềm phẫu thuật trước mổ kém. Nhờ bất động trước mổ tốt giúp tránh các biến chứng tại chỗ và toàn thân cho bệnh nhân, giúp cuộc mổ diễn ra tốt đẹp hơn.

4.3. Đặc điểm Xquang. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng cách phân loại theo AO [6], tổn thương thuộc nhóm C chiếm tỉ lệ cao nhất (55,33%), thấp nhất là nhóm B (11,11%), trong nhóm C thì loại C2 chiếm tỉ lệ cao nhất. Điều này có thể do gãy đầu dưới xương đùi là một phẫu thuật khó nên các bệnh nhân nặng được chuyển về Bệnh viện Việt Đức đặc biệt những trường hợp gãy phức tạp. Tỷ lệ ở mức C2 tương đương với một số tác giả khác.

Việc chẩn đoán mức độ gãy dựa trên Xquang

trước mổ rất quan trọng, cần đánh giá chính xác tổn thương để có kế hoạch chuẩn bị lựa chọn phương pháp và kỹ thuật phù hợp. Thực tế khi mổ tổn thương thường nặng hơn hình ảnh trên Xquang rất nhiều, những mảnh và đường gãy nhỏ nhiều khi rất phức tạp trên phim Xquang thường không thấy hết, vì vậy cần chuẩn bị sẵn sàng đầy đủ phương tiện, dụng cụ cho các loại gãy.

4.4. Kết quả phẫu thuật. Đa phần các bệnh nhân đều liền da ngay thì đầu (91,11%), không có trường hợp nào nhiễm khuẩn sâu hay rò mủ kéo dài. Theo Dương Duy Thanh (2019) [9] tỉ lệ nhiễm trùng nông vết mổ là 5,56% và không có bệnh nhân nào nhiễm trùng sau vết mổ. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, để hạn chế nhiễm trùng vết mổ ngoài vấn đề vô trùng trong mổ thì cần phải đánh giá chính xác thương tích phần mềm; nếu thương tích phần mềm nặng, đùi sưng nề nhiều, rối loạn dinh dưỡng thì cần đặt nẹp bột tạm thời, chườm lạnh, giảm phù nề, kéo liên tục và chỉ phẫu thuật khi phần mềm ổn định, không vội vàng.

Kết quả Xquang sau mổ: 37/45 BN của chúng tôi được nắn chỉnh hết di lệch và di lệch ít trong phạm vi cho phép, chiếm 82,22%, còn 8 BN (17,78%) di lệch lớn hơn mức cho phép nhưng không có bệnh nhân nào có di lệch xoay. Những trường hợp này là gãy đầu dưới xương đùi loại C2, C3, gãy rất phức tạp, có nhiều mảnh rời, phải đặt nẹp bột, giữ 6 tuần sau mổ. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, với những gãy phức tạp loại C2, C3, để nắn chỉnh được ổ gãy như mong muốn, trước hết cần lựa chọn đường mổ hợp lý. Đường mổ này rộng rãi cho phép bộc lộ rõ ràng ổ gãy đầu dưới xương đùi để đặt lại ổ gãy như mong muốn, bên cạnh đó có công cụ màn tăng sáng hỗ trợ trong mổ. Với kết quả Xquang tốt, BN sẽ tập phục hồi chức năng sớm sau mổ.

4.5. Kết quả sau mổ. 45 BN nghiên cứu có kết quả liền xương tốt hoặc trung bình, không có trường hợp nào chậm liền xương hay khớp giả, chiếm 100%. Trong đó, 25 BN (55,56%) hình thành can xương gọn, đường gãy không còn rõ, thẳng trục ở tư thế thẳng, chúng tôi đánh giá là liền xương tốt, hết di lệch. Có 7 bệnh nhân liền xương nhưng vẫn còn ổ khuyết xương và ổ gãy còn di lệch nhiều hơn mức cho phép chiếm 15,56%, đa phần là những trường hợp gãy phức tạp, di lệch nhiều thuộc nhóm C theo phân loại AO.

Kết quả nghiên cứu chúng tôi đánh giá theo thang điểm Sander R. cho thấy: tỷ lệ rất tốt là 22,22%, tốt là 40%, trung bình 28,89%, xấu 8,89%. Kết quả này cũng tương xứng với các kết quả nghiên cứu khác như: Nguyễn Hồng Dương

năm 2013 (học viện quân y) thì kết quả tốt và rất tốt là 70%, George (2010) trong 38 BN đạt tốt và rất tốt là 84%

V. KẾT LUẬN

Gãy kín đầu dưới xương đùi là một gãy xương lớn và phức tạp, độ tuổi gặp thường là độ tuổi lao động nên nhu cầu phục hồi sớm về mặt giải phẫu và độ vững chắc sau phẫu thuật để bệnh nhân tập phục hồi chức năng sau mổ là rất quan trọng, kết quả cho thấy phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vis khóa có hỗ trợ màn hình tăng sáng mang lại hiệu quả hồi phục cao và sớm cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Lê Dân, Đoàn Việt Quân (1992), Xơ cứng duỗi gối ở người lớn, Nhà xuất bản y học, tr. 113 - 115
2. Mooney V., Nickel V. L., Harvey J.P and Snelson R. (1970), Cast brace treatment for fracture of the distal part of the femur. J.Bone & joint surg. 52A. p.1560.
3. Mize R.D., Bucholz R.W and Grogan D.P. (1982), Surgical treatment of displaced comminuted fractures of the distal end of the femur. J.Bone & joint surg. 64A, p.871.
4. Đoàn Lê Dân, Đoàn Việt Quân (1998), Xử trí gãy trên lồi cầu và liên lồi cầu xương đùi do tai nạn giao thông tại Bệnh viện Việt - Đức Hà Nội, Tạp chí Ngoại khoa số 6/1998, tr.9 - 17
5. Lê Quốc Huy (2003). Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy kín phạm khớp đầu dưới xương đùi người lớn tại bệnh viện Việt Đức. Đại học Y Hà Nội, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ CKII, tr 12 - 15.
6. Nguyễn Huy Thành (2009). Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín trên lồi cầu và liên lồi cầu xương đùi người lớn tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Trường Đại học Y Hà Nội, Luận văn thạc sỹ y học.
7. Mize R.D. (1989). Surgical management of complex fractures of the distal femur. Clin. Orthop 243, pp.115-128.
8. Akib Majed Khan,* Quen Oat Tang, and Dominic Spicer (2017). The Epidemiology of Adult Distal Femoral Shaft Fractures in a Central London Major Trauma Centre Over Five Years. Open Orthop J.
9. Dương Duy Thanh (2019). Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy đầu xa xương đùi ở người trưởng thành tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Trường Đại học Y Hà Nội, Luận văn thạc sỹ y học.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐIỆN SINH LÝ HỌC TIM Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG WOLFF - PARKINSON - WHITE CÓ CƠN RUNG NHỈ

Lê Sỹ Hiệu¹, Trần Song Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý tim ở bệnh nhân hội chứng WPW có cơn rung nhĩ và So sánh đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý tim ở bệnh nhân Wolff - Parkinson - White có và không có cơn rung nhĩ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành trong 49 đối tượng bao gồm 18 bệnh nhân có cơn rung nhĩ trên lâm sàng hoặc trong thăm dò điện sinh lý và 31 bệnh nhân mắc hội chứng Wolff - Parkinson - White. Các bệnh nhân được chọn phù hợp với yêu cầu nghiên cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu cho thấy trong nhóm rung nhĩ ở hội chứng WPW: tuổi thường gặp $49,2 \pm 15,6$ tuổi, nam chiếm tỷ lệ cao 72,3%, nhóm bệnh tim mạch kèm theo là THA, chức năng nút xoang và dẫn truyền trong tim bình thường, thời gian trở của đường phụ ngắn, chiều xuôi $247,7 \pm 29,0$, chiều ngược $279,0 \pm 24,0$ P < 0,05. Một đường phụ và vị trí bên phải là thường gặp ở nhóm có rung nhĩ. **Kết luận:** Giới tính nam, các bệnh kèm theo tăng huyết áp, cường giáp, thời gian trở của đường

dẫn truyền phụ ngắn có thể là các yếu tố có thể ảnh hưởng tới sự xuất hiện của rung nhĩ ở hội chứng WPW.

Từ khóa: Đường phụ, Rung nhĩ, Nhịp nhanh vào lại nhĩ thất, Điện sinh lý tim

Các từ viết tắt: AF: rung nhĩ, THA: tăng huyết áp WPW: hội chứng Wolff - Parkinson - White, tPHNX thời gian phục hồi nút xoang, tPHNXđ thời gian phục hồi nút xoang hiệu chỉnh, TGCKKT thời gian chu kỳ kích thích, TGTHQ thời gian trở hiệu quả.

SUMMARY

THE CLINICAL AND ELECTROPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH WPW SYNDROME WITH ATRIAL FIBRILLATION

Objectives: To describe the clinical and electrophysiological characteristics of patients with WPW syndrome with atrial fibrillation and to compare the clinical and electrophysiological characteristics of patients with Wolff - Parkinson - White with and without fibrillation. atrium. **Methods:** The study was conducted in 49 subjects, including 18 patients with atrial fibrillation in clinical or electrophysiological studies and 31 patients with Wolff - Parkinson - White syndrome. The patients were selected in accordance with the study requirements. **Research results:** The study showed that in the group of atrial fibrillation in WPW syndrome: common age was 49.2 ± 15.6 years

¹Bệnh viện Đa khoa Khu vực Ngọc Lặc

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Sỹ Hiệu

Email: hieutranghsc@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2021

Ngày duyệt bài: 23.11.2021