

giả Nguyễn Trường Sơn thực hiện tại khoa Hồi sức bệnh viện Chợ Rẫy: 42,40% [1]. Các nghiên cứu khác tại các khoa hồi sức ngoài nước có tỷ lệ điều trị thay thế thận trên bệnh nhân TTTC thấp hơn khá nhiều, rơi vào khoảng 12% [4]. Các chỉ định điều trị thay thế thận tuyệt đối bao gồm: toan chuyển hóa nặng không đáp ứng điều trị nội khoa, tăng kali máu nặng, phù phổi không đáp ứng điều trị nội khoa hay xuất hiện các biến chứng của hội chứng ure huyết cao,... Tuy nhiên khi BN xuất hiện các biến chứng này thì chỉ định thay thế thận đã muộn và ít có khả năng cải thiện dự hậu của BN. Bệnh nhân nhập khoa hồi sức hầu hết có tình trạng bệnh lý nội khoa nặng nề phối hợp như sốc nhiễm khuẩn, suy tim cấp, suy đa tạng; do đó điều trị lọc máu liên tục sớm có khả năng hỗ trợ các cơ quan như giảm quá tải dịch, lấy đi những chất trung gian thúc đẩy quá trình viêm, giảm tích tụ các chất chuyển hóa có hại với cơ thể.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tổn thương thận cấp tại khoa hồi sức là 53,33%. Trong các bệnh nhân tổn thương thận cấp, theo phân loại KDIGO, tổn thương thận cấp giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ cao nhất: 40%. Nhóm bệnh nhân tổn thương thận cấp có tuổi trung vị là 66, điểm APACHE II và SOFA trung vị trong 24 giờ đầu nhập khoa lần lượt là 25 và 7, có tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết là 68,75% và tỷ lệ sử dụng thuốc vận mạch là 85%. Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có tổn thương thận cấp là 65% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tổn thương thận cấp: 28,57% Tỷ lệ điều trị thay thế thận ở bệnh nhân tổn thương thận cấp là 40%,

trong đó hầu hết bệnh nhân được điều trị theo phương thức lọc máu liên tục, chiếm tỷ lệ 90,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trường Sơn (2016), Khảo sát tình hình tổn thương thận cấp ở bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Chợ Rẫy, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Phan Thị Xuân (2015), "Tỷ lệ tổn thương thận cấp và các yếu tố nguy cơ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân hồi sức sử dụng colistin đường tĩnh mạch", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 16, tr. 25-29.
3. De Mendonça A., Vincent J., Suter P., et al (2000), "Acute renal failure in the ICU: risk factors and outcome evaluated by the SOFA score", Intensive Care Med. 26(7), pp. 915-921.
4. Hoste E.A., Bagshaw S.M., Bellomo R., et al (2015), "Epidemiology of acute kidney injury in critically ill patients: the multinational AKI-EPI study", Intensive Care Med. 41(8), pp. 1411-1423.
5. Kellum J.A., Lameire N., Aspelin P., et al (2012), "Kidney disease: improving global outcomes (KDIGO) acute kidney injury work group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury", Kidney International Supplements. 2(1), pp. 1-138.
6. Linder A., Fjell C., Levin A., et al (2014), "Small acute increases in serum creatinine are associated with decreased long-term survival in the critically ill", Am J Respir Crit Care Med. 189(9), pp. 1075-1081.
7. Nisula S., Kaukonen K.M., Vaara S.T., et al (2013), "Incidence, risk factors and 90-day mortality of patients with acute kidney injury in Finnish intensive care units: the FINNAKI study", Intensive Care Med. 39(3), pp. 420-428.
8. Srisawat N., Kulvichit W., Mahamitra N., et al (2019), "The epidemiology and characteristics of acute kidney injury in the Southeast Asia intensive care unit: a prospective multicentre study", Nephrol Dial Transplant. 35(10), pp. 1729-1738.

GIÁ TRỊ CỦA SINH THIẾT KIM DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN U SAU PHÚC MẠC TẠI BỆNH VIỆN K

Vũ Thúy Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá giá trị của kỹ thuật sinh thiết kim dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u sau phúc mạc tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** 37 bệnh nhân được chẩn đoán có khối u sau phúc mạc dựa vào lâm sàng,

siêu âm và cắt lớp vi tính, được tiến hành sinh thiết dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính bằng kim cắt lõi bán tự động kích thước 16G hoặc 18G trước phẫu thuật tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh bệnh viện K. Tất cả các bệnh nhân đều có kết quả giải phẫu mô bệnh học sau sinh thiết và sau phẫu thuật trong khoảng thời gian từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả:** 100% các bệnh nhân đều lấy được mẫu bệnh phẩm để chẩn đoán mô bệnh học, trong đó có 29 trường hợp có kết quả mô bệnh học sau sinh thiết ác tính và 8 trường hợp có kết quả mô bệnh học sau sinh thiết là lành tính. Có 3 trường hợp xảy ra biến chứng chảy máu nhỏ không triệu chứng, 1 trường hợp

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thúy Hằng
Email: hangvu280586@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.2.2023
Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023
Ngày duyệt bài: 7.4.2023

có biến chứng đau cần dùng giảm đau, không có trường hợp nào có biến chứng chảy máu có triệu chứng, không có trường hợp nào nhiễm trùng, không có trường hợp nào có biến chứng cấy ghép u trên đường sinh thiết với thời gian theo dõi 03 tháng. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính, độ chính xác của phương pháp sinh thiết u sau phúc mạc dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính lần lượt là 93,1%, 100%, 100%, 80%, 94,6%.

Kết luận: Sinh thiết u sau phúc mạc dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính là phương pháp an toàn và hiệu quả cao trong đánh giá bản chất khối u sau phúc mạc.

Từ khóa: sinh thiết, u sau phúc mạc, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

VALUE OF CT – GUIDED CORE NEEDLE BIOPSY IN DIAGNOSIS RETROPERITONEAL MASSES AT K HOSPITAL

Objectives: This study aims to evaluate the value of CT- guided core needle biopsy in diagnosis retroperitoneal masses at K hospital. **Material and methods:** 37 patients were diagnosed with retroperitoneal mass based on clinical, ultrasound and CT - scanner, were taken CT -guided core needle biopsy preoperative by 16 - 18 G - semi - automatic biopsy at Department of diagnostic imaging of K hospital. All patients had result of pathological diagnosis post – biopsy and post – operative from October 2021 to October 2022. It is descriptive cross-sectional, prospective study. **Results:** All of patient's specimens has been pathological diagnosed. In there, 29 cases got malignant masses, and 8 cases got benign masses. 3 cases got mild complication as a small hematoma around the lesion after biopsy processing, 1 case got pain requiring analgesics. There were not any cases got serious bleeding complication, infection and not any cases had tumor transplant complications on the biopsy path with a follow-up period of 3 months. Sensitivity, specificity, positive diagnostic value, negative diagnostic value, and accuracy of CT – guided core needle biopsy in diagnosis retroperitoneal masses were 93.1%, 100%, 100%, 80%, 94,6%, respectively. **Conclusions:** CT-guided core needle biopsy for retroperitoneal masses is safe and high valuable method in diagnosing the retroperitoneal tumor's pathology.

Keywords: Core biopsy, retroperitoneal mass, CT scanner.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sau phúc mạc là tập hợp các loại u phát triển ở khoang sau phúc mạc có nguồn gốc từ các mô mỡ, cơ, mạch, thần kinh, từ tàn tích hoặc mô lạc chỗ của các lá phôi (ngoại bì, trung bì, nội bì), hoặc từ tế bào mầm mà không bao gồm các tổn thương phát sinh từ các tạng sau phúc mạc (thận, tuyến thượng thận, đường bài xuất). Chúng thường hiếm gặp nhưng tỷ lệ ác tính cao.¹ Vì vậy, chẩn đoán xác định bản chất của các khối

u sau phúc mạc là việc tối quan trọng giúp đề ra chiến lược điều trị hiệu quả.²

Hiện nay, sinh thiết u sau phúc mạc dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính đã được sử dụng rộng rãi như một thủ thuật hiệu quả và an toàn để xác định chẩn đoán tại bệnh viện K. Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu nào tập trung về giá trị của phương pháp này khi ứng dụng tại đây, Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá giá trị của kỹ thuật sinh thiết dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u sau phúc mạc tại bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. 37 bệnh nhân có tổn thương sau phúc mạc không rõ bản chất được tiến hành sinh thiết trước phẫu thuật bằng kim cắt lõi bán tự động kích cỡ 16 G hoặc 18G dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính và được phẫu thuật tại bệnh viện K từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022, hồ sơ đầy đủ thông tin nghiên cứu. Loại khỏi nghiên cứu các trường hợp có sinh thiết nhưng hồ sơ không đầy đủ thông tin hoặc không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: Mẫu thuận tiện

Kỹ thuật sinh thiết khối u dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính: Kỹ thuật được thực hiện theo quy trình thống nhất tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh bệnh viện K:

Bước 1: Chuẩn bị trước sinh thiết: Bệnh nhân có đủ hồ sơ bệnh án, đủ tiêu chuẩn để sinh thiết, không có chống chỉ định, kiểm tra chẩn đoán và chỉ định sinh thiết, giải thích cho bệnh nhân các bước trong quá trình sinh thiết.

Bước 2: Đặt tư thế bệnh nhân trên bàn chụp cắt lớp vi tính (nằm sấp hay nghiêng tùy vị trí khối u), định vị vùng thăm khám, dán định vị trên da bệnh nhân vùng có khối u, chụp cắt lớp vi tính trước và sau tiêm thuốc cản quang, lựa chọn đường tiếp cận khối u cho phù hợp (đường ngắn nhất, ít đi qua các tạng), sát trùng tại chỗ và trải toan vùng tiếp cận

Bước 3: Gây tê tại chỗ chọc bằng Lidocaine 1%, chọc kim co-axial theo đường tiếp cận đã lựa chọn tới bờ của khối u, với các khối u lớn có thể đưa kim vào trong lòng khối u <5mm.

Bước 4: Sinh thiết khối u: dùng kim sinh thiết kích thước 16G, 18G dạng bán tự động, sinh thiết khối u, chếch đổi hướng trong khối u để sinh thiết các vị trí khác nhau, số mẫu bệnh phẩm từ 2-4 mẫu tùy theo chất lượng mẫu.

Bước 5: Rút kim, chụp cắt lớp vi tính kiểm tra xác định các biến chứng có thể, bằng ép vị trí chọc, chuyển bệnh nhân về phòng theo dõi.

Xử lý số liệu. Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được thu thập số liệu theo mẫu phiếu thu thập dữ liệu thống nhất. Số liệu được phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tiến cứu, dưới sự đồng thuận, đảm bảo quyền lợi và sức khỏe của bệnh nhân. Các thông tin về hồ sơ bệnh án và hình ảnh được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022, có 37 bệnh nhân được tiến hành sinh thiết khối u sau phúc mạc qua da dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính để xác định bản chất khối u, trong đó có 29 trường hợp ác tính (78,4%) và 8 trường hợp lành tính (21,6%). Tuổi trung bình của quần thể nghiên cứu là $59,4 \pm 12,2$, nhỏ tuổi nhất là 21 tuổi và lớn nhất là 84 tuổi.

Bảng 1: Đặc điểm hình ảnh của u sau phúc mạc trên cắt lớp vi tính

Đặc điểm	Lành tính		Ac tính		p
	n	%	n	%	
Kích thước (cm)					
< 5	3	37,5	7	24,1	0,138
5-10	5	62,5	16	55,2	
10-15	0	0	5	17,2	
>15	0	0	1	3,5	
Vị trí					
Bên phải cột sống	3	37,5	5	17,2	0,115
Bên trái cột sống	4	50	8	27,6	
Cả hai bên cột sống	1	12,5	16	55,2	
Đường bờ u					
Không đều	1	12,5	24	82,8	0,006
Đều	7	87,5	5	17,2	
Cấu trúc u					
Không đồng nhất	4	50	22	75,9	0,15
Đồng nhất	4	50	7	24,1	
Thành phần hoại tử					
Có	0	0	18	62,1	0,213
Không	8	100	11	37,9	
Mức độ ngấm thuốc					
Kém	5	62,5	19	65,5	0,089
Trung bình	1	12,5	6	20,7	
Mạnh	2	25	4	13,8	
Đặc điểm xâm lấn					
Có	8	100	19	65,5	0,033
Không	0	0	10	34,5	

Các khối u sau phúc mạc có tính chất ác tính thường có bờ không đều, tỷ trọng không đồng nhất, có hoại tử bên trong, xâm lấn cơ quan lân cận. Trong khi đó, các khối u sau phúc mạc

lành tính có bờ đều, không có hoại tử bên trong, không xâm lấn các cơ quan lân cận. Không có sự khác nhau về kích thước, vị trí, mức độ ngấm thuốc giữa nhóm u lành tính và ác tính.

Bảng 2: Giá trị của kết quả sinh thiết dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính đối chiếu với kết quả sau phẫu thuật

Kết quả giải phẫu bệnh sau sinh thiết	Chẩn đoán cuối cùng		Se	Sp	PPV	NPV	Acc
	Ac tính	Lành tính					
Ác tính	27	0	93,1	100	100	80	94,6
Lành tính	2	8					

Đối chiếu với kết quả cuối cùng, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính, độ chính xác của kỹ thuật sinh thiết u sau phúc mạc dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính lần lượt là 93,1%, 100%, 100%, 80%, 94,6%.

Biến chứng của sinh thiết u sau phúc mạc dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính. Trong quá trình sinh thiết, có 3 bệnh nhân có biến chứng tụ máu nhỏ quanh u không triệu chứng (8,1%), 1 trường hợp đau phải dùng giảm đau (2,7%), không có bệnh nhân nào có biến chứng chảy máu có triệu chứng cần truyền máu hay can thiệp, không có bệnh nhân nào có biến chứng nhiễm trùng sau sinh thiết, không thấy có trường hợp nào có biến chứng cấy ghép tế bào u trên đường sinh thiết kim với thời gian theo dõi 03 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Trong những năm qua, cùng với sự phát triển của các kỹ thuật hình ảnh, chỉ định của các phương pháp chẩn đoán xâm lấn tối thiểu ngày càng được mở rộng, đặc biệt là kỹ thuật sinh thiết kim lõi dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính.¹ Các tổn thương phát triển trong khoang sau phúc mạc thường được che chắn bởi động mạch chủ, tĩnh mạch chủ dưới, thận, ruột. Dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính giúp xác định, tránh các cấu trúc nguy hiểm này và tiếp cận với mục tiêu sinh thiết một cách an toàn, chính xác.² Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã tiến hành sinh thiết qua da dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính để xác định bản chất khối u cho 37 bệnh nhân được phát hiện có khối u sau phúc mạc. Độ tuổi nhóm nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu nằm trong nhóm trên 40 tuổi và trên 60 tuổi, tuổi trung bình là $59,4 \pm 12,2$. Kết quả nghiên cứu của Veltri và cộng sự cũng cho thấy độ tuổi chủ yếu thuộc nhóm trung bình và cao.³ Trong số trường hợp được nghiên cứu, các khối u ác tính

chiếm tỷ lệ cao (78,4%). Điều này cho thấy tỷ lệ các khối u nghi ngờ ác tính về mặt hình ảnh được sinh thiết với tỷ lệ cao giúp chẩn đoán xác định và định hướng điều trị cũng như tiên lượng. Trong khi đó, các khối u lành tính có thể chẩn đoán bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và theo dõi định kỳ, chỉ được tiến hành sinh thiết khi có sự nghi ngờ hoặc không rõ về mặt chẩn đoán. Đồng thời, mặc dù các đặc điểm hình ảnh của các khối u sau phúc mạc không đặc hiệu, tuy nhiên chúng có thể giúp định hướng tính chất của tổn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các u có tính chất ác tính sẽ có bờ không đều, có hoại tử trong u và xâm lấn các cơ quan lân cận, trong khi các u có tính chất lành tính có bờ đều và không thấy xâm lấn các cơ quan lân cận. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của J.Y. An và cộng sự.⁴ Ngoài ra, các tổn thương di căn có kích thước rất thay đổi từ nhỏ đến rất lớn nên việc phối hợp sinh thiết để đánh giá là rất cần thiết.³

Toàn bộ 37 bệnh nhân trong nghiên cứu đều được sinh thiết thành công dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính, với các mẫu bệnh phẩm thu được đều đạt tiêu chuẩn để làm mô bệnh học. Việc lấy mẫu bệnh phẩm từ khối u sau phúc mạc bằng sinh thiết dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính là phương pháp xâm lấn tối thiểu nhưng kỹ thuật này có thể khiến bệnh nhân gặp một số biến chứng như đau, chảy máu không triệu chứng, chảy máu có triệu chứng cần được truyền máu hoặc can thiệp, nhiễm khuẩn, tử vong.² Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sinh thiết u sau phúc mạc dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính là một kỹ thuật an toàn. Chúng tôi ghi nhận có 3 trường hợp có tụ máu nhỏ quanh u không triệu chứng (8,1%), 1 bệnh nhân có biểu hiện đau cần dùng thuốc giảm đau (2,9%), tuy nhiên không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng chảy máu nặng cần truyền máu hay can thiệp cầm máu, không có bệnh nhân nào có biến chứng nhiễm trùng. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Tomozawa⁵, nhưng thấp hơn kết quả của Adel – Badrawy.⁶ Sự khác nhau về kết quả giữa các nhóm nghiên cứu có thể liên quan đến mẫu bệnh nhân, cỡ kim sinh thiết và số lần lấy mẫu bệnh phẩm. Thực tế, sinh thiết dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính hiện nay có thể coi là phương pháp hầu như không có biến chứng nghiêm trọng nếu được thực hiện đúng kỹ thuật.² Với thời gian theo dõi 03 tháng, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng cấy ghép trên đường sinh thiết kim.

Kết quả này hoàn toàn tương đồng với kết quả của các tác giả Wikinson⁷, David Berger – Richardson.⁸ Đối chiếu với kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật cho thấy phương pháp sinh thiết kim dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính có độ nhạy 93,1%, độ đặc hiệu 100%, giá trị dự báo dương tính 100%, giá trị dự báo âm tính 80% và độ chính xác 94,6%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Tomozawa⁵. Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra kỹ thuật sinh thiết u sau phúc mạc dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao.^{3,6} Như vậy, sinh thiết u sau phúc mạc dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính là phương pháp lấy bệnh phẩm hiệu quả nhờ việc áp dụng đúng kỹ thuật, kinh nghiệm của người thực hiện và kết quả chẩn đoán tối ưu khi có sự hợp tác chặt chẽ giữa các khoa lâm sàng, giải phẫu bệnh, chẩn đoán hình ảnh, chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật.⁷ Sinh thiết dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính luôn hiệu quả và chắc chắn trong đa số các trường hợp và biến chứng ngày càng trở lên hiếm. Mặc dù có một vài hạn chế như tỷ lệ thấp các trường hợp âm tính giả và biến chứng, tuy nhiên luôn có những giải pháp hữu hiệu để khắc phục các nhược điểm này.⁶

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết kim u sau phúc mạc dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính là phương pháp an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp không cần điều trị và có hiệu quả cao trong việc chẩn đoán xác định bản chất khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nishino M, Hayakawa K, Minami M, Yamamoto A, Ueda H, Takasu K.** Primary Retroperitoneal Neoplasms: CT and MR Imaging Findings with Anatomic and Pathologic Diagnostic Clues. *RadioGraphics*. 2003;23(1):45-57. doi:10.1148/rg.231025037
2. **Ahrar K, Gupta S, eds.** Percutaneous Image-Guided Biopsy. Springer New York; 2014. doi:10.1007/978-1-4614-8217-8
3. **Veltri A, Bargellini I, Giorgi L, Almeida PAMS, Akhan O.** CIRSE Guidelines on Percutaneous Needle Biopsy (PNB). *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2017;40(10):1501-1513. doi:10.1007/s00270-017-1658-5
4. **An JY, Heo JS, Noh JH, et al.** Primary malignant retroperitoneal tumors: Analysis of a single institutional experience. *Eur J Surg Oncol EJSO*. 2007;33(3):376-382. doi:10.1016/j.ejso.2006.10.019
5. **Tomozawa Y, Inaba Y, Yamaura H, et al.** Clinical Value of CT-Guided Needle Biopsy for Retroperitoneal Lesions. *Korean J Radiol*. 2011;12(3):351. doi:10.3348/kjr.2011.12.3.351

6. **El-Badrawy A, Tawfik A, Abdelfattah S, et al.** Contrast-Enhanced CT-Guided Core Biopsy of Retroperitoneal Masses. *Open J Radiol.* 2014;04(01):130-135. doi:10.4236/ojrad.2014.41017
7. **Wilkinson MJ, Martin JL, Khan AA, Hayes AJ, Thomas JM, Strauss DC.** Percutaneous Core Needle Biopsy in Retroperitoneal Sarcomas Does Not Influence Local Recurrence or Overall Survival. *Ann Surg Oncol.* 2015;22(3):853-858. doi:10.1245/s10434-014-4059-x
8. **Berger-Richardson D, Burtenshaw SM, Ibrahim AM, et al.** Early and Late Complications of Percutaneous Core Needle Biopsy of Retroperitoneal Tumors at Two Tertiary Sarcoma Centers. *Ann Surg Oncol.* 2019;26(13):4692-4698. doi:10.1245/s10434-019-07656-6

HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA CẮT ĐỐT NHỊP NHANH VÀO LẠI NÚT NHĨ THẤT BẰNG NĂNG LƯỢNG TẦN SỐ RADIO Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lương Cao Sơn¹, Tôn Thất Minh², Đặng Vạn Phước²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất là dạng phổ biến nhất của nhịp nhanh kịch phát trên thất. Rối loạn nhịp này thường gặp ở người trẻ và cắt đốt qua catheter là biện pháp điều trị đã được chứng minh tính hiệu quả và an toàn qua nhiều nghiên cứu trước đây. Tuy nhiên, người cao tuổi chưa được đánh giá về vấn đề này vì vậy dẫn đến những trì hoãn trong vấn đề điều trị. **Mục tiêu:** Xác định tính an toàn và hiệu quả của cắt đốt nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất bằng năng lượng tần số radio ở người cao tuổi tại bệnh viện đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả theo trình tự thời gian. Gồm 207 bệnh nhân (72 người \geq 60 tuổi) nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất được cắt đốt tại bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM từ 1/2017 đến 12/2020. **Kết quả:** Tổng thời gian thủ thuật và thời gian chiếu tia cao hơn có ý nghĩa thống kê trên nhóm cao tuổi. Số lần bật máy đốt để triệt phá thành công đường chậm nhiều hơn. Tuy nhiên tỉ lệ thành công và tái phát tương tự giữa 2 nhóm. Một số biến chứng ghi nhận trong và sau thủ thuật bao gồm: tụ máu (1,4% so với 0%), phản xạ phế vị (0% so với 1,5%), block nhĩ thất hoàn toàn thoáng qua (1,4% so với 0,7%) và đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn (1,4% so với 0%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. **Kết luận:** Cắt đốt nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất bằng năng lượng tần số radio nên được xem là một lựa chọn điều trị an toàn và hiệu quả ở người cao tuổi.

Từ khóa: nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất, người cao tuổi, an toàn, hiệu quả.

SUMMARY

EFFICACY AND SAFETY OF CATHETER

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện tim Tâm Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lương Cao Sơn

Email: son.lc@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023

ABLATION OF ATRIOVENTRICULAR NODAL RE-ENTRANT TACHYCARDIA IN THE ELDERLY

Background: Atrioventricular nodal re-entrant tachycardia (AVNRT) is the most popular form of paroxysmal supraventricular tachycardia. This arrhythmia is usually observed in the younger and catheter ablation is a proved treatment with many evidence from prior studies. However, in the elderly with AVNRT, it has a tendency to postpone the procedure due to considering about both of safety and efficacy. **Objectives:** To identify the safety as well as efficacy of catheter ablation of AVNRT in the elderly compare to the younger. **Subjects and methods:** Consecutive study including 72 patients over 60 year olds and 135 younger ones. They were studied in the electrophysiology lab in University Medical Center from 1/2017 to 12/2020. **Results:** Total procedure duration and fluoroscopy exposure time were higher significantly in the elderly group. It took more RF pulses for successful slow pathway ablation. However, the overall success and recurrence rates were similar between two groups. Several complications were noted during and post operation including hematoma (1.4% vs 0%), vagal response (0% vs 1.5%), transient complete atrioventricular block (1.4% vs 0.7%) and pacemaker implantation (1.4% vs 0%). There was no statistical significance among two groups. **Conclusion:** Catheter ablation of AVNRT should be considered as a safe and efficient method of treatment in the elderly. **Keywords:** AVNRT, ablation, elderly, safety, efficacy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất là dạng thường gặp nhất của nhịp nhanh kịch phát trên thất ở người trưởng thành. Cơ chế hình thành nhịp nhanh liên quan đến sự hiện diện hai đường dẫn truyền với đặc điểm điện sinh lý khác biệt trong nút nhĩ thất. Loại nhịp nhanh này thường gặp ở người trẻ và có thể được loại bỏ hoàn toàn bằng cắt đốt qua catheter. Đây là phương pháp đã được chứng minh tính hiệu quả qua nhiều