

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

ngiên cứu trên thế giới. Tuy nhiên, ở người cao tuổi, mặc dù ít gặp hơn so với người trẻ nhưng nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất cũng gây nhiều triệu chứng ảnh hưởng chất lượng cuộc sống BN và đòi hỏi điều trị triệt để. Việc lựa chọn giữa dùng thuốc và cắt đốt đôi khi gặp nhiều khó khăn vì thiếu dữ liệu trên những dân số chuyên biệt để cá thể hóa điều trị cũng như cân nhắc về tính an toàn và hiệu quả của thủ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN có cơn nhịp nhanh trên lâm sàng đồng ý thăm dò điện sinh lý tim với đặc điểm điện tâm đồ bề mặt và trong buồng tim phù hợp cơn nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất.

Tiêu chuẩn loại trừ: nhiễm trùng cấp; đau ngực không ổn định; suy tim mất bù cấp không do rối loạn nhịp tim; rối loạn đông máu nặng; bất thường về giải phẫu gây không thể đặt catheter vào trong buồng tim; huyết khối buồng tim; không đồng ý làm thủ thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả, theo trình tự thời gian.

Chọn mẫu: các BN thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ.

2.3. Xử lý số liệu. Xử lý bằng SPSS 26.0. Biến định tính mô tả bằng tần số, tỉ lệ phần trăm. Liên hệ giữa 2 biến định tính được kiểm định bằng phép kiểm Chi-bình phương. Biến định lượng phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn và kiểm định bằng phép kiểm T. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Tuân thủ các quy định của Hội đồng y đức Bệnh viện Đại học y dược TP.HCM và Đại học Y dược TP.HCM.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng dân số nghiên cứu

	<60 tuổi n=135	≥60 tuổi n=72	p
Tuổi trung bình (năm)	45,13 ±10,05	68,4 ±7,13	0,004
Nam (%)	34,8	33,3	0,830
Tần suất cơn >12 lần/năm (%)	17,0	19,4	0,7
Thời gian nhịp nhanh (năm)	4,51 ±3,36	5,76 ±4,23	0,022
Triệu chứng lâm sàng trong cơn			
Mệt (%)	78,5	88,9	0,045

Hồi hộp (%)	74,1	79,2	0,490
Nặng ngực (%)	11,1	25,0	0,016
Khó thở (%)	12,6	19,4	0,221
Choáng váng (%)	8,1	9,7	0,797
Ngất (%)	0,7	4,2	0,122
Tụt huyết áp (%)	3,7	4,2	1
Bệnh đi kèm			
Tăng huyết áp (%)	14,8	31,9	0,006
Bệnh mạch vành (%)	5,9	23,6	<0,001
Đái tháo đường (%)	6,7	22,2	0,001
Tiền căn đột quỵ (%)	0	1,4	0,34
Rối loạn lipid máu (%)	12,6	27,8	0,007
COPD (%)	0	1,4	0,34
Số thuốc chống loạn nhịp	0,8 ±0,6	1,1 ±0,5	0,001

Dân số nghiên cứu gồm 207 BN được chia làm 2 nhóm: nhóm cao tuổi (≥ 60 tuổi) và nhóm trẻ (< 60 tuổi). Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 53,2 ± 14,4, trong đó BN trẻ nhất là 17 tuổi và lớn nhất là 86 tuổi. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ giới tính và tần suất cơn nhịp nhanh ở 2 nhóm. Tuy nhiên, nhóm cao tuổi có thời gian từ lúc khởi phát cơn nhịp nhanh đầu tiên đến lúc cắt đốt dài hơn so với nhóm trẻ. Mặc dù sử dụng nhiều thuốc chống loạn nhịp hơn có ý nghĩa thống kê (1,1 so với 0,8; p= 0,001), nhóm BN cao tuổi có triệu chứng mệt và nặng ngực trong cơn nhịp nhanh nhiều hơn so với nhóm trẻ (p= 0,05 và 0,016). Tỉ lệ tăng huyết áp, bệnh mạch vành, đái tháo đường và đột quỵ cũng được ghi nhận nhiều hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm BN ≥ 60 tuổi. Điều này phù hợp với y văn ghi nhận dịch tễ bệnh chuyển hóa thường xuất hiện ở người cao tuổi.

Bảng 2. Thông số điện sinh lý tim cơ bản

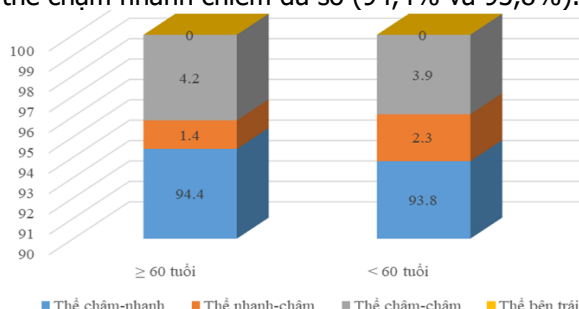
Thông số điện sinh lý	<60 tuổi n=135	≥60 tuổi n=72	p
Độ dài chu kì nhịp xoang (ms)	738,5 ±102,1	769,2 ±114,8	0,049
Khoảng AH (ms)	82,9 ±14,0	90,8 ±19,2	0,001
Khoảng HV (ms)	42,6 ±6,5	44,0 ±6,1	0,135
TG trở hiệu quả nút nhĩ thất chiều xuôi (ms)	234,4 ±13,8	246,6 ±14,3	0,027
TG trở hiệu quả đường nhanh chiều xuôi (ms)	325,4 ±28,6	335,2 ±25,5	0,026
TG trở hiệu quả đường chậm chiều xuôi (ms)	257,1 ±25,2	265,5 ±23,5	0,031
Điểm Wenckebach nút nhĩ thất chiều xuôi (ms)	307,3 ±34,4	319,2 ±33,9	0,018
TG trở hiệu quả nút nhĩ thất chiều ngược (ms)	290,3 ±36,5	296,2 ±37,1	0,288

Điểm Wenckebach nút nhĩ thất chiều ngược (ms)	320,3 ±41,7	324,9 ±44,5	0,464
Hiệu số TG trở giữa đường nhanh và đường chậm (ms)	68,3 ±22,7	69,6 ±19,2	0,704
Bước nhảy AH (%)	86,7	83,6	0,543
PR > PP (%)	12,6	17,8	0,216

Chú thích: TG: thời gian

Độ dài chu kỳ nhịp cơ bản của nhóm cao tuổi dài hơn có ý nghĩa thống kê khi so sánh với nhóm trẻ. Khoảng AH (thời gian dẫn truyền qua nút nhĩ thất), thời gian trở hiệu quả của nút nhĩ thất chiều xuôi, thời gian trở của đường nhanh và đường chậm của nút nhĩ thất, điểm mất dẫn truyền xuôi 1:1 qua nút nhĩ thất (điểm Wenckebach chiều xuôi) đều dài hơn có ý nghĩa ở nhóm BN ≥60 tuổi.

3.2. Đặc điểm cơ nhịp nhanh. Trong nghiên cứu của chúng tôi tạo được cơ nhịp nhanh ở 71 BN trong nhóm cao tuổi và 128 BN trong nhóm trẻ. Chúng tôi không ghi nhận thể bên trái, đối với các thể còn lại xuất hiện ở 2 nhóm nghiên cứu với tỉ lệ như nhau. Trong đó, nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất thể điển hình là thể chậm-nhanh chiếm đa số (94,4% và 93,8%).



Biểu đồ 1. Phân bố các dạng nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất ở 2 nhóm nghiên cứu

Bảng 3. Đặc điểm điện sinh lý tim trong cơ nhịp nhanh

	<60 tuổi n=128	≥60 tuổi n=71	p
Độ dài chu kỳ nhịp nhanh (ms)	347,1 ±30,0	361,0 ±31,8	0,003
Độ rộng QRS nhịp nhanh (ms)	84,6 ±9,9	85,9 ±9,6	0,354
HV cơ nhịp nhanh (ms)	44,4 ±5,9	46,1 ±5,8	0,055
HA cơ nhịp nhanh (ms)	68,0 ±23,8	65,6 ±20,0	0,471
AH cơ nhịp nhanh (ms)	277,1 ±36,8	293,4 ±30,3	0,002
VA cơ nhịp nhanh (ms)	26,2 ±23,3	21,4 ±19,7	0,141

Tần số tim trong cơ nhịp nhanh ở người cao tuổi thấp hơn cơ với người trẻ. Khoảng AH trong

cơ cũng dài hơn có ý nghĩa thống kê (293,4 so với 277,1; p= 0,02).

Bảng 4. Thông số kỹ thuật của nhát đốt

	Nhóm <60 tuổi	Nhóm ≥60 tuổi	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC	
Thời gian thủ thuật (phút)	90,9±18,9	99,5±19,6	0,002
Thời gian chiếu tia (phút)	15,6±8,3	18,6±8,8	0,013
Số nhát đốt thành công	4,5±2,9	5,6±3,4	0,015
Thời gian đốt (giây)	181,4 ±112,5	226,4 ±137,0	0,018
Nhiệt độ (°C)	50,9±5,2	50,0±5,5	0,219
Công suất (Watts)	33,7±6,3	32,6±5,9	0,266

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian làm thủ thuật ở nhóm BN ≥ 60 tuổi là 99,5 ± 19,6 phút; thời gian chiếu tia, thời gian phát năng lượng đốt và số nhát đốt thành công đều nhiều hơn có ý nghĩa thống kê khi so sánh với nhóm BN < 60 tuổi.

Bảng 5. Thông số điện sinh lý tim sau đốt

	Nhóm ≥60 tuổi	Nhóm <60 tuổi	p
	TB±ĐLC	TB±ĐLC	
Khoảng AH (ms)	89,9 ± 16,5	84,2 ± 13,3	0,007
Khoảng HV (ms)	43,4 ± 4,7	42,8 ± 5,6	0,485
Độ rộng QRS (ms)	83,2 ± 9,0	82,3 ± 9,5	0,507
TG trở hiệu quả nhĩ thất (ms)	211,9 ± 18,2	219,6 ± 86,4	0,457
TG hiệu quả cơ thất (ms)	223,0 ± 20,4	217,8 ± 25,5	0,132
TG trở hiệu quả nút nhĩ thất chiều xuôi (ms)	286,9 ± 14,3	275,0 ± 20,4	0,081
Điểm Wenckebach nút nhĩ thất chiều xuôi (ms)	343,3 ± 32,2	330,8 ± 31,6	0,007
TG trở hiệu quả nút nhĩ thất chiều ngược (ms)	300,0 ± 31,5	294,2 ± 29,5	0,207
Điểm Wenckebach nút nhĩ thất chiều ngược (ms)	330,7 ± 36,3	323,7 ± 33,6	0,166

Chú thích: TG: thời gian

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 6. Tỷ lệ thành công và biến chứng cắt đốt nhịp nhanh

	<60 tuổi n=135	≥60 tuổi n=72	p

Thành công (%)	100	100	-
Loại bỏ hoàn toàn đường chậm (%)	80,6	85,2	0,291
Thay đổi tính chất đường chậm (%)	19,4	14,8	
Biến chứng trong cắt đốt (%)	2,2	4,1	0,354
Biến chứng nhẹ (%)	2,2	2,7	0,575
Tụ máu nơi chọc kim (%)	0	1,4	
Phản xạ phế vị (%)	1,5	0	
Blocc nhĩ thất thoáng qua (%)	0,7	1,4	
Biến chứng nặng (%)	0	1,4	0,351
Blocc nhĩ thất hoàn toàn (%)	0	1,4	

Đa số BN trong nghiên cứu của chúng tôi được loại bỏ hoàn toàn đường chậm (85,2% và 80,6%). Trong thời gian theo dõi trung bình là $13,2 \pm 4,5$ tháng, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tái phát ở nhóm cao tuổi. Trong nhóm BN <60 tuổi, có 2 trường hợp tái phát chiếm tỷ lệ 1,5% đều là nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất điển hình thể chậm-nhanh đã được loại bỏ hoàn toàn đường chậm trong lần cắt đốt đầu tiên. Khi phân tích thống kê, chúng tôi thấy sự khác biệt không có ý nghĩa về tỷ lệ tái phát giữa 2 nhóm tuổi với $p=0,42$.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong dân số nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả châu Á[1] nhưng thấp hơn so với phương Tây[2] do sự khác biệt về định nghĩa người cao tuổi giữa các nước và tuổi thọ trung bình của người Việt Nam thấp hơn. Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra rằng người cao tuổi có thời gian mắc bệnh lâu hơn, nhiều bệnh đi kèm và triệu chứng nhiều hơn mặc dù tần suất cơn nhịp nhanh không khác biệt giữa 2 nhóm.

Ở nhóm ≥ 60 tuổi, độ dài chu kỳ cơ bản và khoảng AH dài hơn so với nhóm trẻ. Điều này tương đồng với kết quả của Alihanoglu[3] (775 ± 84 so với 737 ± 117 ; 92 ± 21 so với $83 \pm 16,9$). Có 3 cơ chế giải thích tần số tim chậm ở người cao tuổi là: giảm hoạt hóa kênh If; mất tế bào tạo nhịp và giảm nhạy cảm với kích thích thần kinh tự chủ [4]. Tốc độ dẫn truyền qua nút nhĩ thất cũng giảm theo tuổi. Ở nhóm BN ≥ 60 tuổi, thời gian trễ hiệu quả nút nhĩ thất chiều xuôi là $246,6 \pm 14,3$ mili-giây, thời gian trễ hiệu quả đường nhanh chiều xuôi là $335,2 \pm 25,5$ mili-giây, thời gian trễ hiệu quả đường chậm chiều xuôi là $265,5 \pm 23,5$ mili-giây, điểm Wenckebach nút nhĩ thất chiều xuôi là $319,2 \pm 33,9$ mili-giây đều dài hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ khi

so sánh với nhóm < 60 tuổi. Tuy nhiên, chúng tôi không thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian trễ hiệu quả của nút nhĩ thất chiều ngược và điểm Wenckebach chiều ngược.

Về tỉ lệ các thể nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất, kết quả của chúng tôi tương đồng với hầu hết các nghiên cứu tham khảo nhưng khác biệt với nghiên cứu của Yangni[5] gồm 141 BN > 69 tuổi và 675 BN <70 tuổi cho thấy tỉ lệ nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất thể không điển hình thường gặp ở người trẻ (15% so với 4%, $p < 0,05$). Khi so sánh với nhóm BN <60 tuổi, chúng tôi nhận thấy độ dài chu kỳ nhịp nhanh và khoảng AH trong cơn nhịp nhanh dài hơn đáng kể. Trong khi các khoảng dẫn truyền khác thì khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Alihanoglu[3]. Như vậy có thể thấy rằng tần số tim trong cơn nhịp nhanh ở người cao tuổi chậm hơn so với người trẻ chủ yếu do là nút nhĩ thất dẫn truyền kém hơn thể hiện qua sự kéo dài của khoảng AH. Chức năng dẫn truyền của nút nhĩ thất giảm dần theo tuổi được cho là do tình trạng vi xơ hoá hệ dẫn truyền trong quá trình lão hoá biểu hiện bằng thời gian trễ của nút nhĩ thất tăng và điểm Wenckebach dẫn truyền xuôi và ngược đều giảm theo tuổi.

Trong cắt đốt, chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm tuổi về nhiệt độ và công suất đốt. Kết quả này của chúng tôi có những điểm giống so với tác giả Alihanoglu[3] và Rostock[6]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Rostock không thấy khác biệt về số lần bật máy đốt. Như vậy, cắt đốt trên người cao tuổi khó khăn hơn so với người trẻ. Điều này do thay đổi về cấu trúc giải phẫu tim và mạch máu ở người cao tuổi làm cho việc đặt catheter và lập bản đồ nội mạc khó hơn. Ngoài ra, mất nhiều thời gian hơn trong dò tìm vị trí đường chậm ở người cao tuổi được cho là để có nguy cơ bị blocc nhĩ thất trong lúc đốt hơn, tam giác Koch thường nhỏ và hẹp hơn, sự di chuyển của đường chậm lên cao, lỗ xoang vành lớn đòi hỏi phải lập bản đồ một cách thận trọng và tỉ mỉ dưới hướng dẫn của màn soi tia. Số lần bật máy đốt nhiều hơn được giải thích là do tình trạng xơ hoá trong tam giác Koch nhiều hơn ở người cao tuổi. Khi so sánh các thông số sau cắt đốt đường chậm nút nhĩ thất ở 2 nhóm tuổi, chúng tôi ghi nhận độ dài chu kỳ nhịp cơ bản, khoảng AH, và điểm Wenckebach nút nhĩ thất dài hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm BN cao tuổi so với nhóm trẻ tuổi còn các thông số điện sinh lý khác thì khác biệt không ý nghĩa. Kết quả này cũng tương tự như khi so sánh các thông số

trước đốt giữa 2 nhóm tuổi. Điều này chứng tỏ ảnh hưởng của sóng tần số radio trên chức năng nút nhĩ thất ở cả 2 nhóm tuổi gần như nhau.

So sánh với nghiên cứu của tác giả khác, chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng về hiệu quả điều trị cắt đốt ở nhóm BN cao tuổi so với nhóm BN trẻ. Tỷ lệ thành công nói chung từ 98-100% ở mọi lứa tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tổng biến chứng của cắt đốt ở nhóm BN ≥ 60 tuổi là 4,1% và ở nhóm BN < 60 tuổi là 2,2%. Trong nghiên cứu số bộ đa trung tâm tại Đức của tác giả Hoffmann[7] gồm 3234 BN chia làm 3 nhóm tuổi < 50 , 50-75 và > 75 tuổi với tỷ lệ tương ứng là 39,2%, 52,8% và 8% cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ biến chứng giữa các nhóm tuổi. Biến chứng nặng trong nghiên cứu là 0,6%, block nhĩ thất hoàn toàn phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn là 0,6% và không có trường hợp nào tử vong liên quan đến thủ thuật. Về tỉ lệ tái phát, kết quả của chúng tôi tương đồng với Hagjoo với thời gian theo dõi trung bình 14 tháng ghi nhận không có sự khác biệt về tỉ lệ tái phát giữa hai nhóm ≥ 65 tuổi và < 65 tuổi (1,6% so với 1,4%, $p=0,94$).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 207 ở 2 nhóm < 60 và ≥ 60 tuổi, chúng tôi nhận thấy rằng so với nhóm trẻ, nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất ở người cao tuổi có nhiều triệu chứng lâm sàng hơn nhưng có xu hướng trì hoãn việc cắt đốt và dùng nhiều loại thuốc chống loạn nhịp để kiểm soát cơn. Đây cũng là nhóm đối tượng có nhiều bệnh đồng mắc. Sự thay đổi về giải phẫu và điện sinh lý dẫn đến tần số tim trong và ngoài cơn nhịp nhanh ở

nhóm cao tuổi đều chậm hơn nhóm trẻ cũng như việc cắt đốt có một số khó khăn tuy nhiên hiệu quả và an toàn của việc cắt đốt nhịp nhanh ở 2 nhóm là như nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen Shih-Ann, Chern-En Chiang, Chin-Juey Yang, et al.**, (1994), "Accessory pathway and atrioventricular node reentrant tachycardia in elderly patients: Clinical features, electrophysiologic characteristics and results of radiofrequency ablation". Journal of the American College of Cardiology, 23(3): p. 702-708.
2. **Yangni N'Da' O. and B. Brembilla-Perrot**, (2008), "Clinical characteristics and management of paroxysmal junctional tachycardia in the elderly". Archives of Cardiovascular Diseases, 101(3): p. 143-148.
3. **Alihanoglu, Y.I., et al.**, Clinical and Electrophysiological Characteristics of Typical Atrioventricular Nodal Reentrant Tachycardia in the Elderly—Changing of Slow Pathway Location With Aging—. 2015: p. CJ-14-1320.
4. **Choi, S., et al.**, Slowing down as we age: aging of the cardiac pacemaker's neural control. GeroScience, 2022. 44(1): p. 1-17.
5. **Yangni N'Da' O. and B. Brembilla-Perrot**, Clinical characteristics and management of paroxysmal junctional tachycardia in the elderly. Archives of Cardiovascular Diseases, 2008. 101(3): p. 143-148.
6. **Rostock, T., et al.**, Efficacy and safety of radiofrequency catheter ablation of atrioventricular nodal reentrant tachycardia in the elderly. J Cardiovasc Electrophysiol, 2005. 16(6): p. 608-10.
7. **Hoffmann, B.A., et al.**, Ablation of atrioventricular nodal reentrant tachycardia in the elderly: results from the German Ablation Registry. Heart Rhythm, 2011. 8(7): p. 981-7.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG PHẪU THUẬT THU GỌN VÚ PHÌ ĐẠI KHÔNG LỖ BẰNG CUỐNG BA CHÂN MANG PHỨC HỢP QUẰNG NÚM VÚ

Lê Trung Kiên¹

TÓM TẮT

Vú phì đại là một tình trạng bệnh lý của tuyến vú, gây ảnh hưởng đến chức năng và sinh hoạt của người bệnh đồng thời cũng tác động xấu đến tâm lý và sự tự tin của người phụ nữ về hình thể bên ngoài của mình. Vú phì đại mức độ khổng lồ là tình trạng nặng nhất

của vú phì đại đòi hỏi bắt buộc điều trị bằng phẫu thuật. Chúng tôi ghi nhận một trường hợp bệnh nhân vú phì đại khổng lồ với thể tích mỗi bên vú khoảng 1800cc. Bệnh nhân được phẫu thuật thu gọn vú bằng kỹ thuật cuống ba chân mang phức hợp quầng núm vú (QNV). Quá trình phẫu thuật tiến hành an toàn, kết quả thẩm mỹ cao, phức hợp QNV sống tốt, cảm giác phục hồi ngay sau mổ. Bệnh nhân ra viện sau 4 ngày và không ghi nhận bất kỳ biến chứng nào xảy ra trong quá trình theo dõi. **Từ khóa:** Vú phì đại khổng lồ, cuống ba chân mang phức hợp quầng núm vú, phẫu thuật thu gọn vú phì đại.

¹Bệnh viện Thẩm mỹ Thu Cúc

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trung Kiên

Email: drkienl@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

SUMMARY

CLINICAL REPORT OF BREAST REDUCTION