

## GIÁ TRỊ CỦA CHỌC HÚT KIM NHỎ QUA SIÊU ÂM NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG TUY TỤ TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Trọng Ngà<sup>1</sup>, Phạm Duy Dương<sup>1</sup>,  
Đỗ Huy Hùng<sup>1</sup>, Nguyễn Diệu Hương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm nội soi và đánh giá giá trị của chọc hút kim nhỏ qua siêu âm nội soi trong chẩn đoán tổn thương tụy tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu trên 33 bệnh nhân có tổn thương tụy phát hiện qua siêu âm ổ bụng hoặc chụp cắt lớp vi tính được chọc hút bằng kim nhỏ qua siêu âm nội soi tại bệnh viện K. Kết quả mô bệnh học sau chọc hút sẽ được đối chiếu lại với kết quả sau phẫu thuật từ tháng 11/2021 đến 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58.3(±11.5) năm. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng, mệt mỏi, gầy sút cân. Tổn thương nằm ở vùng đầu tụy chiếm đa số tỉ lệ 54,5%. Kích thước trung bình tổn thương là: 33±7 mm. 100% các bệnh nhân đều lấy đủ mẫu bệnh phẩm để chẩn đoán mô bệnh học, trong đó có 25 trường hợp có kết quả mô bệnh học sau sinh thiết là ác tính, 8 trường hợp là tổn thương lành tính. Có 01 trường hợp có chảy máu tại tá tràng sau chọc hút, không phát hiện tình trạng viêm tụy cấp, nhiễm trùng ổ bụng, chảy máu khối u và cấy ghép u sau chọc hút trong thời gian 3 tháng được theo dõi. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán âm tính, giá trị dự đoán dương tính, độ chẩn đoán chính xác của phương pháp chọc hút kim nhỏ qua siêu âm nội soi trong chẩn đoán tổn thương tụy lần lượt là: 82,7%, 75%, 37,5, 96% và 81,8%. **Kết luận:** Sinh thiết bằng kim nhỏ qua siêu âm nội soi là kỹ thuật có độ an toàn, chính xác cao, tai biến thấp và tương đối hiệu quả trong việc thu thập mẫu mô bệnh học nhằm mục đích đưa ra chẩn đoán xác định với những tổn thương tụy.

**Từ khóa:** tổn thương tụy, siêu âm nội soi, siêu âm nội soi có chọc hút kim nhỏ.

### SUMMARY

#### VALUE OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND FINE NEEDLE ASPIRATION IN DIAGNOSTIC PANCREATIC LESION IN K HOSPITAL

**Background:** This study aims to describe clinical, endoscopic ultrasound image and value of endoscopic ultrasound fine needle aspiration in diagnostic pancreatic lesions at K Hospital. **Population and methods:** A retrospective and prospective, descriptive study on 33 patients with pancreatic lesions detected through abdominal ultrasound or computed

tomography scanning. All patients underwent endoscopic ultrasound fine needle aspiration and had post surgical or biopsy pathology result from October 2021 to December 2022. **Results:** Mean age was 58.3(±11.5) years. Most complaining symptoms were abdominal pain, fatigue and weight loss. Lesions mostly located in pancreatic head account for 54,5%. Mean lesion size was 33±7 mm. All specimens after puncture were adequate to diagnostic. Final pathology revealed malignancy in 25 cases, 8 cases were benign mass. After the procedure, only one patient had local bleeding after puncture, no major complications such as pancreatitis, abdominal infection, hematoma or tumor seeding were found for 3 months follow up. Sensitivity, specificity, positive diagnostic value, negative diagnostic value and accuracy of endoscopic ultrasound fine needle aspiration were 82,7%, 75%, 37,5, 96% and 81,8%, respectively. **Conclusion:** Endoscopic ultrasound with fine-needle aspiration is a safe, high-precision, low-risk, and relatively effective technique in collecting histopathological samples for the purpose of making a definite diagnosis with pancreatic lesions. **Keywords:** pancreatic lesions, endoscopic ultrasound, Endoscopic ultrasound with fine-needle aspiration.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tụy là tổn thương ác tính phổ biến hay gặp ở tụy, phần lớn bệnh nhân phát hiện ở giai đoạn muộn dẫn đến việc điều trị gặp nhiều khó khăn. Chính vì lí do đó, việc phát hiện và chẩn đoán phân biệt chính xác ung thư tụy với các tổn thương lành tính khác của tụy có ý nghĩa vô cùng quan trọng. Tuy nhiên, tổn thương tụy lại tương đối đa dạng, từ các tổn thương dạng đặc, dạng nang cho đến các thể hỗn hợp bao gồm trong đó là các tổn thương lành tính, viêm và ác tính.<sup>1</sup> Chẩn đoán chính xác bản chất của tổn thương tụy sẽ giúp bệnh nhân tránh được phẫu thuật không cần thiết. Hiện nay, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đã có nhiều bước tiến trong việc chẩn đoán phân biệt các tổn thương này tuy nhiên kết quả mô bệnh học thu thập sau chọc hút hay sinh thiết vẫn là tiêu chuẩn vàng giúp khẳng định chẩn đoán.<sup>2</sup>

Cùng với sự ra đời của siêu âm nội soi, kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ trong chẩn đoán tổn thương tụy qua siêu âm nội soi đã được áp dụng rộng rãi tại nhiều trung tâm trên thế giới và đã dần chứng minh được tính an toàn, hiệu quả trong việc thu thập tế bào để chẩn đoán xác định. Ưu thế của chọc hút qua siêu âm nội soi là

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Ngà

Email: dr.derecknguyen93@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2024

Ngày duyệt bài: 22.4.2024

đường đi kim ngắn nên hạn chế reo rắc tế bào, đầu máy soi đặt gần với tổn thương tụy giúp dự đoán chính xác tính chất cũng như hạn chế việc đưa kim qua các mạch máu lớn.

Tại bệnh viện K, kỹ thuật chọc hút qua siêu âm nội soi trong chẩn đoán tổn thương tụy đã được áp dụng rộng rãi và sử dụng thường quy trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện. Tuy nhiên, cho đến hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu nào tập trung đánh giá về giá trị của phương pháp này trong chẩn đoán các tổn thương tụy. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm nội soi và đánh giá giá trị của chọc hút kim nhỏ qua siêu âm nội soi trong chẩn đoán tổn thương tụy tại bệnh viện K.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022, 33 bệnh nhân có tổn thương tụy có tổn thương tụy chưa rõ bản chất được tiến hành chọc hút bằng kim nhỏ qua siêu âm nội soi tại bệnh viện K từ tháng 11/2021 đến 12/2022 có đầy đủ thông tin nghiên cứu. Loại khỏi nghiên cứu các trường hợp có chọc hút nhưng hồ sơ không đầy đủ hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Quy trình và kỹ thuật chọc hút bằng kim nhỏ qua siêu âm nội soi:** Kỹ thuật được thống nhất thực hiện với các bệnh nhân tại bệnh viện K gồm 7 bước:

- Bước 1: Xác định hình ảnh tổn thương ở vị trí tối ưu, tránh mạch máu lớn, ống tụy, đường mật.
- Bước 2: Đưa kim qua kênh sinh thiết của máy siêu âm nội soi.
- Bước 3: Chọn đường kim vào tổn thương. Rút nòng kim ra từ 5-10 mm trước khi chọc
- Bước 4: Đưa kim vào tổn thương
- Bước 5: Rút nòng kim, cùng lúc đưa kim ra vào trong tổn thương theo kỹ thuật chọc hình dẻ quạt
- Bước 6: Khóa bơm áp lực trước khi rút kim ra khỏi máy nội soi. Rút kim khỏi máy nội soi
- Bước 7: Có thể chọc hút từ 1 đến 3 lần trên mỗi bệnh nhân. Khi thấy đủ mẫu bệnh phẩm thì ngưng thủ thuật. Cố định bệnh phẩm vào dung dịch formol gửi trung tâm giải phẫu bệnh.
- Bước 8: Theo dõi bệnh nhân sau can thiệp 24h để phát hiện các biến chứng sớm.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** mẫu thuận tiện

**Xử lý số liệu:** Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu sẽ được thu thập số liệu theo mẫu

phiếu thu thập số liệu thống nhất. Các thông tin thu thập được mã hóa, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

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

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

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

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=33)**

Giới	Nam (n=21)		Nữ (n=12)		Tổng (n=33)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tuổi						
≤ 40 tuổi	2	9,5	0	0	2	6,1%
40-70 tuổi	14	66,7	11	91,7	25	75,7
> 70 tuổi	5	23,8	1	8,3	6	18,2
Độ tuổi trung bình	58,3±11,5 Min: 35 - Max:86					
Tiền sử bệnh/Phẫu thuật, can thiệp	Tiền sử		Số lượng		%	
	Lạm dụng rượu		10	30,3		
	Hút thuốc lá		9	27,3		
	Viêm tụy mãn		4	12,1		
	Đái tháo đường		9	27,3		
Ung thư khác		3	9,1			

Tuổi trung bình của 58.3±11.5 (thấp nhất 35, cao nhất là 86), nhóm tuổi từ 40 đến 70 tuổi chiếm đa số 75,7%. Tỷ lệ nam giới cao gấp 1,7 lần nữ giới. Hút thuốc lá, lạm dụng rượu, đái tháo đường type 2 là tiền sử hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 30,3 27,3% và 12,1% có 3 bệnh nhân mắc ung thư đường tiêu hoá khác.

**Triệu chứng lâm sàng**



**Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

Triệu chứng đau bụng, mệt mỏi, gầy sút cân chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt: 84,8%; 66,7%; 36,6%. Ngoài ra các triệu chứng vàng da, ăn kém cũng có thể gặp với tỷ lệ ít hơn.

**3.2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm nội soi**

**Bảng 2. Đặc điểm siêu âm nội soi của tổn thương tụy**

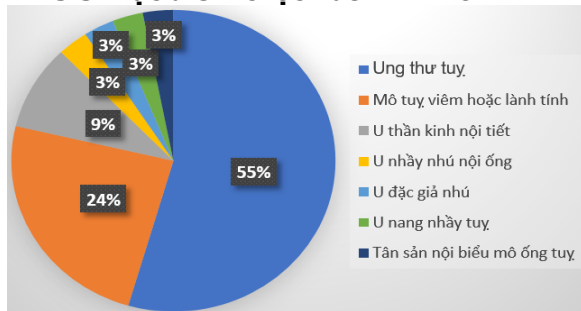
Vị trí khối u tụy trên siêu âm nội soi:	N (%)
Đầu tụy	18(54,5%)

Thân tụy		8(24,2%)			
Đuôi tụy		3(6,9%)			
Mốc tụy		4(13,8%)			
Hình thái siêu âm	Lành tính		Ác tính/ nguy cơ		P
	Số bệnh nhân	Tỉ lệ	Số BN	Tỷ lệ	
<b>Tính chất âm</b>					
Giảm âm không đồng nhất	1	3	22	66,7	0,167
Hỗn hợp âm	6	18,2	1	3	
Giảm âm đồng nhất	1	3	2	6,1	
<b>Ranh giới</b>					
Rõ	7	21,3	3	9,1	0,213
Không rõ	1	3	20	72,6	
<b>Bờ tổn thương</b>					
Đều	4	12,1	4	12,1	0,12
Không đều	4	12,1	21	63,7	
<b>Đặc điểm âm trên siêu âm nội soi</b>					
Giãn ống tụy	3	9,1	15	45,4	0,013
Giãn kếp	2	6,1	11	33,3	

Tổn thương vùng đầu tụy chiếm đa số 54,5%, tiếp theo đến vùng thân và đuôi tụy, lần lượt là 24,2% và 13,8%. Các tổn thương lành tính của tụy có đặc điểm là các cấu trúc dạng hỗn hợp âm có ranh giới rõ. Ngược lại các tổn thương ác tính hoặc có nguy cơ ác tính thường là các tổn thương dạng giảm âm ranh giới không rõ với bờ không đều.

- Triệu chứng giãn ống tụy hoặc giãn kếp hay gặp ở các tổn thương ác tính hơn là lành tính.

### 3.3. Đặc điểm chọc hút kim nhỏ



**Biểu đồ 2.** Kết quả mô bệnh học sau can thiệp

**Nhận xét:** Kết quả mô bệnh học sau chọc hút có 18 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tụy chiếm tỉ lệ 54,5 %, 3 bệnh nhân có kết quả u thần kinh nội tiết chiếm tỉ lệ 9,1 %. Tổn thương lành tính hoặc viêm chiếm tỉ lệ: 24,2%. Ngoài ra các tổn thương có nguy cơ ung thư như u đặc giả nhú, u nang nhú và tổn thương tân sản nội biểu mô cùng chiếm tỉ lệ <10%.

**Bảng 3.** Theo dõi biến chứng trong và sau can thiệp

Tổn thương	N (%)
Biến chứng sớm sau can thiệp: chảy máu tại chỗ	1 (3%)
Biến chứng muộn can thiệp EUS-FNA	0 (0%)

Một bệnh nhân có xuất huyết tại chỗ nhưng tự cầm sau khi chèn bóng siêu âm nội soi. Không có biến chứng lớn nào được phát hiện sau 3 tháng theo dõi.

### 3.4. Giá trị của chọc hút kim nhỏ qua siêu âm nội soi trong chẩn đoán tổn thương tụy

**Bảng 4.** Giá trị của chọc hút kim nhỏ qua siêu âm nội soi trong chẩn đoán tổn thương tụy

	Ac tính/ nguy cơ	Mô bệnh học sau phẫu thuật		Tổng
		Cùng chẩn đoán	Khác chẩn đoán	
Chọc hút qua siêu âm nội soi		24	1	25
	Lành tính	5	3	8
	<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>12</b>	<b>33</b>

**Nhận xét:** Giá trị của SANS trong chẩn đoán tổn thương tụy với tiêu chuẩn vàng là kết quả sinh thiết, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ:

- Độ nhạy: 82,7%
- Độ đặc hiệu: 75%
- Giá trị dự đoán dương tính: 96%
- Giá trị dự đoán âm tính: 37,5%
- Độ chẩn đoán chính xác: 81,8%

## IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 33 bệnh nhân được phát hiện có tổn thương tụy thì bệnh nhân tuổi thấp nhất được chẩn đoán là 35 tuổi và độ tuổi cao nhất là 86 tuổi. Trong đó nhóm bệnh nhân từ 40 đến 70 tuổi chiếm đa số là 66,7% với độ tuổi trung bình là 58,3±11. Kết quả nghiên cứu của các nhóm tác giả trong và ngoài nước cũng thấy rằng nhóm tuổi trên 40 là nhóm hay phát hiện các tổn thương tụy<sup>3,4</sup>. Hút thuốc lá, lạm dụng rượu và đại tháo đường type 2 là yếu tố nguy cơ hay gặp ở bệnh nhân có tổn thương tụy. Có nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy sự liên quan giữa 3 yếu tố nguy cơ trên đến việc làm tăng nguy cơ mắc ung thư tụy của bệnh nhân, cũng là tỉ lệ bệnh chiếm đa số sau chọc hút với tổn thương tụy trong nghiên cứu chúng tôi.<sup>6</sup> Ngoài ra việc lạm dụng rượu và hút thuốc lá cũng làm tăng nguy cơ gây viêm tụy dẫn đến tình trạng viêm tụy mãn và ung thư tụy.

Triệu chứng chính thường gặp trong nghiên cứu đa số là đau bụng (chiếm tỉ lệ 84,8%), sau đó mệt mỏi, gầy sút cân là hai triệu chứng hay

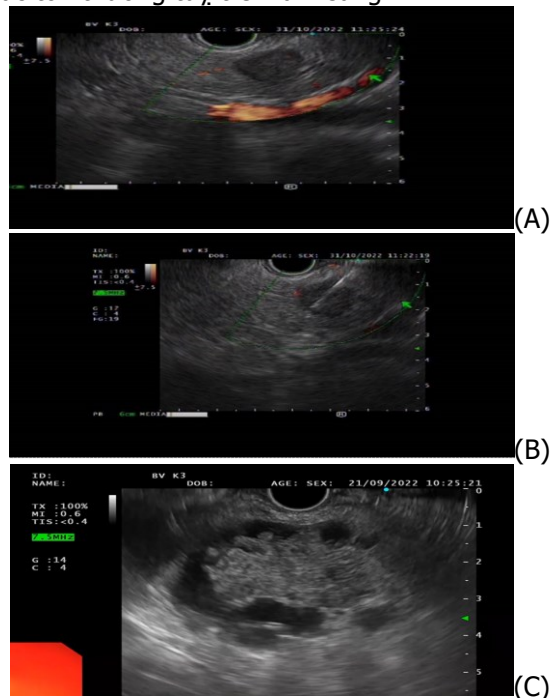
gặp tiếp theo chiếm tỉ lệ 66,7 và 36,6%. Các triệu chứng như ăn kém và vàng da thường ít gặp hơn. Các biểu hiện lâm sàng thường phụ thuộc vào vị trí, kích thước của tổn thương và đặc biệt các tổn thương vùng đầu tụy biểu hiện triệu chứng sớm hơn các tổn thương ở vị trí khác.<sup>7</sup>

Kích thước trung bình của tổn thương tụy  $33 \pm 7$  mm và có 01 trường hợp khối u nhỏ hơn 2 cm. Cho thấy rằng việc phát hiện các khối u kích thước nhỏ hơn 2 cm trong nhiều trường hợp vẫn tương đối là khó khăn nếu chỉ dựa siêu âm và chụp cắt lớp vi tính. Kết quả nghiên cứu của Luk Y và WU cũng thấy rằng kích thước trung bình các khối u tụy được phát hiện thường từ 2,5 đến 3,5 cm.<sup>6,7</sup> Nghiên cứu của chúng tôi giống với tác giả Trần Văn Hợp và Furukawa, khi thấy rằng đặc điểm trên siêu âm nội soi của các tổn thương ác tính thường là các khối giảm âm không đồng nhất với ranh giới không rõ, bờ không đều.<sup>8,9</sup> Khác với tổn thương lành tính thường dạng hỗn hợp âm hoặc giảm âm đồng nhất với ranh giới rõ. Bên cạnh đó, đặc điểm hình ảnh kèm theo hay gặp tổn thương ác tính thường là giãn ống tụy hoặc giãn kép (bao gồm giãn cả ống tụy và đường mật), đặc điểm này cũng được nhóm tác giả Hồ Đăng Quý Dũng báo cáo.<sup>10</sup>

Có 25 trường hợp kết quả mô bệnh học sau chọc hút là các tổn thương ung thư, tiền ung thư, 8 trường hợp là tổn thương lành tính. Trong đó 18 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tụy chiếm tỉ lệ 54,5%, 3 bệnh nhân có kết quả u thần kinh nội tiết chiếm tỉ lệ 9,1 %. Tổn thương lành tính hoặc viêm chiếm tỉ lệ: 24,2%. Kết quả giải phẫu bệnh của chúng tôi giống với nhóm tác giả Mohamad Alizadeh khi ung thư tụy chiếm đa số các khối u hay gặp ở tụy.<sup>5</sup> Với 33 bệnh nhân trong nghiên cứu chỉ có duy nhất một bệnh nhân có xuất huyết tại chỗ ở vị trí chọc sinh thiết và đã được chúng tôi bơm bóng siêu âm chèn ép cầm máu tại chỗ sau can thiệp, không có biến chứng muộn nào như viêm tụy, abscess ổ bụng hay reo tế bào trên đường đi kim được phát hiện trong 3 tháng theo dõi. Nhiều nghiên cứu tổng hợp của các nhóm tác giả trong và ngoài nước cũng đã chứng minh rằng siêu âm nội soi là thủ thuật an toàn với tai biến thường dưới 2%.<sup>3,4,6,10</sup>

Đối chiếu giữa kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật thấy trong kết quả cho thấy phương pháp chọc hút bằng kim nhỏ qua siêu âm nội soi có độ nhạy trong chẩn đoán đạt 82,7%, độ đặc hiệu là 75%, giá trị dự đoán dương tính đạt 96%, dự đoán âm tính đạt 37,5% và độ chẩn đoán chính xác đạt 81,8%. Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của tác

giả Mohammad Alizadeh AH và Yan Luk khi độ nhạy của phương pháp này đều đạt trên 85%, tuy nhiên tác giả Yan Luk cho thấy độ đặc hiệu đạt 100%.<sup>4,6</sup> Có sự khác biệt này là do đây là một kỹ thuật mới nên kinh nghiệm chúng tôi còn chưa nhiều, khả năng chẩn đoán chính xác tổn thương trên siêu âm nội soi còn chưa tốt. Qua đây, chúng ta thấy rằng chọc hút qua siêu âm nội soi là một kỹ thuật có giá trị, an toàn giúp chẩn đoán xác định các tổn thương tụy, hỗ trợ đắc lực cho các bác sĩ trong việc định hướng với các tổn thương tụy trên lâm sàng.



**Hình 1: (A) Hình ảnh tổn thương u tụy kích thước < 2 cm. (B): Sinh thiết khối u tụy nhỏ. (C) Hình ảnh u nhầy nhú nội ống tụy**

## V. KẾT LUẬN

Chọc hút qua siêu âm nội soi là một thủ thuật an toàn và hiệu quả trong việc thu thập mẫu mô tế bào với độ nhạy và độ chính xác cao giúp các bác sĩ có thể chẩn đoán chính xác các tổn thương tụy. Tuy nhiên, đây là kỹ thuật khó đòi hỏi phải được đào tạo bài bản và chuyên sâu để có thể thực hiện an toàn và thu thập được mẫu mô một cách đầy đủ nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Best LMJ, Rawji V, Pereira SP, Davidson BR, Gurusamy KS.** Imaging modalities for characterising focal pancreatic lesions. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;2017.
2. **Vilmann P, Jacobsen GK, Henriksen FW and Hancke S:** Endoscopic ultrasonography with

- guided fine needle aspiration biopsy in pancreatic disease. *Gastrointest Endosc.* 38:172–173. 1992.
3. **Nguyễn Trường Sơn** (2017), Nghiên cứu giá trị siêu âm nội soi và chọc hút bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
  4. **Mohammad Alizadeh AH, Shahrokh S, Hadizadeh M, Padashi M, Zali MR.** Diagnostic potency of EUS-guided FNA for the evaluation of pancreatic mass lesions. *Endosc Ultrasound.* 2016 Jan-Feb;5(1):30-4.
  5. **Bosetti C, Lucenteforte E, Silverman D.T, et al** (2012). Cigarette smoking and pancreatic cancer: an analysis from the International Pancreatic Cancer Case-Control Consortium (Panc4). *Ann Oncol*, 23 (7), 1880-8.
  6. **Luk Y, She WH, Chow FCL, et al.** Evaluation of Pancreatic Lesions with Endoscopic Ultrasound and Fine Needle Aspiration. *Surgical Innovation.* 2020;27(5):431-438
  7. **Q.-M. WU, Y.-N. GUO, Y.-Q. XU.** Diagnostic performance of endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration in pancreatic lesions.
  8. **Trần Văn Hợp, Phạm Thị Thùy, Nguyễn Thị Vân Hồng** (2010). Chẩn đoán tế bào học u tụy qua chọc hút tế bào bằng kim nhỏ có hướng dẫn của siêu âm. *Tạp chí gan mật Việt Nam*, (11), 53-8.
  9. **Furukawa H, Okada S, Saisho H, et al** (1996). Clinicopathologic features of small pancreatic adenocarcinoma. A collective study. *Cancer*, 78 (5), 986-90.
  10. **Trịnh Phạm Mỹ Lệ, Hồ Đăng Quý Dũng, Trần Văn Huy.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, sinh học và siêu âm nội soi ở bệnh nhân ung thư tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TÂM THU THẤT BẰNG PHƯƠNG PHÁP TRIỆT ĐỐT QUA ĐƯỜNG ỚNG THÔNG SỬ DỤNG NĂNG LƯỢNG SÓNG CÓ TẦN SỐ RADIO TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Bùi Văn Nhơn<sup>1,2</sup>, Phan Đình Phong<sup>1,3</sup>, Nguyễn Hoàng Anh<sup>1</sup>  
Nguyễn Duy Thắng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Lâm Hiếu<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá kết quả điều trị ngoại tâm thu thất qua triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số radio tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, năm 2021-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 122 bệnh nhân được chẩn đoán ngoại tâm thu thất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 4 năm 2023. **Kết quả:** Vị trí ngoại tâm thu thất hay gặp nhất là tại đường ra thất phải (chiếm 69,7%), tiếp theo là xoang vành trái (6,6%). Tỷ lệ triệt đốt ngoại tâm thu thất thành công (ngay sau can thiệp) là 95,08%, tái phát sau 1 tháng 19/122 bệnh nhân (15,6%), thất bại là 4,9% (6/122 bệnh nhân) chủ yếu liên quan đến vị trí khởi phát vùng cạnh His (4/6 trường hợp), tỉ lệ biến chứng sau thủ thuật là 7,4%; đa số gặp biến chứng nhẹ tại vị trí đường vào mạch máu. **Kết luận:** triệt đốt ngoại tâm thu thất bằng năng lượng sóng có tần số radio là thủ thuật an toàn, có tỉ lệ thành công cao, nên được áp dụng rộng rãi theo các khuyến cáo hiện hành.

**Từ khóa:** ngoại tâm thu thất, vị trí khởi phát, triệt đốt qua đường ống thông, năng lượng sóng có tần số radio, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đình Phong

Email: phong.vtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

### SUMMARY

#### RESULTS OF RADIOFREQUENCY CATHETER ABLATION FOR IDIOPATHIC PREMATURE VENTRICULAR COMPLEXES IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objectives:** This study aimed to evaluate the results of radiofrequency catheter ablation for idiopathic premature ventricular complexes (PVC) in Hanoi medical university hospital (Hanoi). **Methods:** A cross-sectional descriptive study conducted on 122 patients diagnosed with idiopathic premature ventricular complexes at Hanoi Medical University Hospital from January 2021 to April 2023. **Results:** The most frequent sites of origin were in right ventricular outflow tract (69,7%) and left coronary sinus of valsalva (6,6%). The acute ablation success was 95,08%; recurrence rate after 1 month was 15,6% (19/122); failure rate was 4,9% (6/122), mainly related to the site of origin in parahisian (4/6 case). The complication rate was 7,4% (most complications were mild and were related to vascular access). **Conclusions:** Radiofrequency catheter ablation of PVC is safe and results in high success rate, this approach should be widely applied in accordance with current guidelines.

**Keywords:** idiopathic premature ventricular complexes, sites of origin, radiofrequency catheter ablation, Hanoi medical university hospital

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngoại tâm thu thất là rối loạn nhịp tim thường gặp trong thực hành lâm sàng, có thể