

- 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^{1,2}, Phan Đình Phong^{1,3}, Nguyễn Hoàng Anh¹
Nguyễn Duy Thắng^{1,2}, Nguyễn Lâm Hiếu^{1,2}

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

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Viện 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

xảy ra trên nền bệnh tim mạch thực tổn (bệnh mạch vành, bệnh cơ tim...) hoặc không có bệnh tim mạch kèm theo (ngoại tâm thu thất vô căn). Ngoại tâm thu thất có thể gây nhiều triệu chứng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và trong một số trường hợp, ngoại tâm thu thất số lượng nhiều có thể gây rối loạn chức năng thất trái và suy tim. Điều trị ngoại tâm thu thất trước đây chủ yếu sử dụng các thuốc chống loạn nhịp tim với nhiều tác dụng không mong muốn và tỉ lệ tái phát cao. Ngày nay, kĩ thuật triệt đốt rối loạn nhịp qua đường ống thông bằng năng lượng sóng có tần số radio đã ra đời và được áp dụng trong điều trị ngoại tâm thu thất và đem lại hiệu quả cao¹. Trong phân tích gộp của Lamba và cộng sự 2014 cũng cho thấy triệt đốt qua đường ống thông làm giảm số lượng ngoại tâm thu và cải thiện chức năng tim đối với rối loạn nhịp thất khởi phát từ đường ra thất phải. Nghiên cứu của Latchamsetty và cộng sự cho thấy tỷ lệ triệt đốt ngoại tâm thu thất thành công lên tới 84%, trong khi tỷ lệ biến chứng chung khoảng 5,2% và không có tử vong liên quan tới thủ thuật. Khuyến cáo năm 2019 của HRS, APhRS, EHRA, LAHRS đã mở rộng chỉ định triệt đốt ngoại tâm thu thất qua đường ống thông như một kỹ thuật thường quy tại các trung tâm chuyên về tim mạch.¹ Tại Việt Nam, một số trung tâm tim mạch lớn đã triển khai kỹ thuật triệt đốt ngoại tâm thu thất qua đường ống thông và thu được các kết quả tốt. Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã triển khai triệt đốt ngoại tâm thu thất qua đường ống thông từ năm 2021. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu 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, giai đoạn 2021-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán ngoại tâm thu thất, có chỉ định điều trị triệt đốt qua đường ống thông bằng năng lượng sóng có tần số radio theo khuyến cáo của Hội Nhịp tim Hoa Kỳ và Hội Nhịp tim châu Âu 2009.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 4 năm 2023, tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

***Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang.

***Mẫu nghiên cứu:** chọn mẫu toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 122 bệnh nhân ngoại

tâm thu thất.

***Nội dung nghiên cứu, biến số nghiên cứu chính:**

- Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, siêu âm doppler tim (chức năng tâm thu thất trái theo phương pháp Simpson), phân loại lâm sàng (ngoại tâm thu thất, cơ tim nhanh thất).

- Đánh giá hiệu quả triệt đốt ngoại tâm thu thất: tỉ lệ triệt đốt thành công, tái phát và thất bại; tỉ lệ biến chứng sau thủ thuật.

***Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập, mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các dữ liệu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học.

***Đạo đức trong nghiên cứu:** nghiên cứu được tiến hành dưới sự đồng ý của bệnh nhân và sự chấp thuận Ban giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá hiệu quả điều trị ngoại tâm thu bằng phương pháp triệt đốt qua đường ống thông và các biến chứng hay gặp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ đó cải thiện chất lượng điều trị người bệnh. Các bệnh nhân được tiến hành thăm dò điện sinh lý khi có chỉ định rõ ràng, kỹ thuật được thực hiện ở Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với các bác sĩ có kinh nghiệm và được đào tạo chuyên sâu. Bệnh nhân được giải thích đầy đủ về thủ thuật và ký cam kết. Tất cả thông tin về bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 122 bệnh nhân có chẩn đoán ngoại tâm thu thất từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 4 năm 2023 tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (trung bình ± độ lệch chuẩn) (năm)	50,89± 14,73
Giới (n,%): - Nam - Nữ	39(32%) 83(68%)
Bệnh tim mạch kèm theo (n,%) - Bệnh động mạch vành mạn tính - Tăng huyết áp - Bệnh động mạch vành mạn tính và tăng huyết áp - Bệnh động mạch vành và bệnh động mạch chi dưới mạn	10(8,2%) 6(4,9%) 2(1,6%) 1(0,8%)
Bệnh ngoài tim mạch kèm theo (n,%) - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính - Bệnh tuyến giáp	4(3,3%) 1(0,8%)
Chức năng tâm thu thất trái (%) (trung bình ± độ lệch chuẩn)	60,15± 10,12

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có

độ tuổi trung bình $50,89 \pm 14,73$ tuổi, trong đó nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (68%). Hai bệnh lý tim mạch đi kèm hay gặp nhất là bệnh động mạch vành chiếm 8,2% và tăng huyết áp chiếm 4,9% tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Ngoài ra có 4/122 bệnh nhân (chiếm 3,3%) có đồng mắc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

Chức năng tâm thu thất trái trung bình ở nhóm đối tượng nghiên cứu là $60,15 \pm 10,12$ %, đo theo phương pháp Simpson.

Bảng 2. Vị trí khởi phát ngoại tâm thu ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Vị trí ngoại tâm thu	Tổng (n=122) n (%)	LVEF ≤50% (n=46) n (%)	LVEF >50% (n=76) n (%)
Đường ra thất phải	85 (69,7%)	34 (73,9%)	51 (67,1%)
Xoang vành trái	8 (6,6%)	4(8,7%)	4(5,3%)
Xoang động mạch phổi	3 (2,5%)	0 (0%)	3(3,9%)
AMC	3 (2,5%)	2(4,3%)	1(1,3%)
Tam giác gian lá	5 (4,1%)	2(4,3%)	3(3,9%)
Thất trái	2 (1,6%)	0 (0%)	2(2,6%)
Vùng cạnh His	3 (2,5%)	1(2,2%)	2(2,6%)
Vòng van ba lá	6 (4,9%)	2(4,3%)	4(5,3%)
Vòng van hai lá	3 (2,5%)	1(2,2%)	2(2,6%)
Đa vị trí	4 (3,2%)	0 (0%)	4(5,3%)
Đường ra thất phải + cạnh His	2 (1,6%)	0 (0%)	2(2,6%)
Đường ra thất trái + cơ nhú thất trái	1 (0,8%)	0 (0%)	1 (1,3%)
Xoang vành trái + tam giác gian lá	1 (0,8%)	0 (0%)	1 (1,3%)

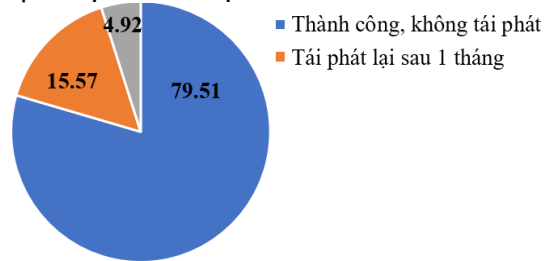
Nhận xét: Vị trí ngoại tâm thu thất hay gặp nhất là tại đường ra thất phải (gặp ở 85/122

bệnh nhân, chiếm 69,7%), các vị trí hay gặp khác là: xoang vành trái (6,6%), vòng van ba lá (4,9%), tam giác gian lá (4,1%). Có 4/122 bệnh nhân (chiếm 3,2%) có hai vị trí khởi phát ngoại tâm thu thất.

Khi so sánh giữa nhóm có chức năng tâm thu thất trái bảo tồn (LVEF > 50%) và nhóm có chức năng tâm thu thất trái giảm hoặc giảm nhẹ (LVEF ≤ 50%), vị trí ngoại tâm thu hay gặp nhất vẫn là đường ra thất phải và xoang vành trái và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ vị trí khởi phát ngoại tâm thu giữa hai nhóm kể trên.

*** Kết quả triệt đốt ngoại tâm thu**

Chúng tôi đánh giá kết quả thủ thuật dựa và khám lâm sàng và làm điện tâm đồ một cách hệ thống tất cả các trường hợp sau thủ thuật và khi tái khám lại sau 1 tháng. Từ đó chúng tôi phân loại kết quả điều trị theo ba nhóm: thành công, tái phát lại và thất bại.



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị ngoại tâm thu thất sau 1 tháng

Nhận xét: Tỷ lệ triệt đốt ngoại tâm thất thành công ngay sau can thiệp là 95,08%, trong đó có 19/122 (chiếm 15,57%) số bệnh nhân tái phát lại sau 1 tháng kể từ khi triệt đốt ngoại tâm thu thất. Có 6 trường hợp triệt đốt thất bại (chiếm 4,92%).

Bảng 3. Kết quả triệt đốt ngoại tâm thu thất sau 1 tháng theo vị trí khởi phát

Vị trí ngoại tâm thu	Kết quả triệt đốt ngoại tâm thu thất sau 1 tháng		
	Thành công (n=97) n (%)	Tái phát (n=19) n (%)	Thất bại (n=6) n (%)
Đường ra thất phải	72 (74,2%)	13 (68,4%)	0 (0%)
Xoang vành trái	8 (8,2%)	0 (0%)	0 (0%)
Xoang động mạch phổi	3 (3,1%)	0 (0%)	0 (0%)
AMC	3 (3,1%)	0 (0%)	0 (0%)
Tam giác gian lá	2 (2,1%)	2 (10,5%)	1 (16,7%)
Thất trái	1 (1,0%)	1 (5,3%)	0 (0%)
Vùng cạnh His	0 (0%)	0 (0%)	3 (50,0%)
Vòng van ba lá	4 (4,1%)	2 (10,5%)	0 (0%)
Vòng van hai lá	2 (2,1%)	1 (5,3%)	0 (0%)
Đa vị trí	2 (2,1%)	0 (0%)	2 (33,3%)
Đường ra thất phải + cạnh His	1 (1,0%)	0 (0%)	1 (16,7%)
Đường ra thất trái + cơ nhú thất trái	0 (0%)	0 (0%)	1 (16,7%)
Xoang vành trái + tam giác gian lá	1 (1,0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tổng	97 (100%)	19 (100%)	6 (100%)

Nhận xét: Đa số trường hợp thất bại liên quan đến vị trí khởi phát vùng cạnh His (4/6 trường hợp), 1 trường hợp thất bại liên quan đến vị trí vùng cơ nhú thất trái và trường hợp còn lại liên quan đến vùng tam giác gian lá.

Các trường hợp tái phát ngoại tâm thu thất liên quan tới các vị trí khởi phát tại đường ra thất phải, tam giác gian lá, vòng van ba lá, vòng van hai lá và thất trái.

Bảng 4. Biến chứng ngay sau thủ thuật triệt đốt ngoại tâm thu thất

Biến chứng	Số ca, tỉ lệ %
Tụ máu tại vị trí chọc mạch	8 (6,6%)
Cường phế vị	1 (0,8%)
Tràn máu, tràn khí màng phổi	0 (0%)
Block nhĩ thất	0 (0%)
Thủng, rách van động mạch chủ	0 (0%)
Biến chứng nặng: nhồi máu cơ tim, tử vong...	0 (0%)

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp các biến chứng nhẹ sau thủ thuật: tụ máu tại chỗ chọc mạch chiếm 6,6% và cường phế vị (0,8%), không gặp các biến chứng nặng nguy hiểm đến tính mạng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nhóm bệnh nhân được tiến hành triệt đốt ngoại tâm thu thất tại trung tâm tim mạch bệnh viện Đại học Y Hà Nội có độ tuổi trung bình $50,89 \pm 14,73$ tuổi, trong đó nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (68%), một số bệnh nhân mắc các bệnh lý đồng mắc: tăng huyết áp, bệnh động mạch vành, bệnh phổi mạn tính, bệnh tuyến giáp. Chức năng tâm thu thất trái trung bình ở nhóm đối tượng nghiên cứu là $60,15 \pm 10,12\%$, trong đó có 46/122 bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái giảm hoặc giảm nhẹ, 76 bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái bảo tồn. Như vậy, nhóm bệnh nhân tại trung tâm của chúng tôi có độ tuổi trung bình khá cao, đủ các bệnh đồng mắc hay gặp và các giá trị chức năng tâm thu thất trái, đường kính cuối tâm trương thất trái cũng thay đổi nhiều. Một số bệnh nhân có rối loạn chức năng thất trái liên quan đến bệnh động mạch vành, tăng huyết áp. Số ít bệnh nhân có thể do gánh nặng ngoại tâm thu thất gây ra.

4.2. Đặc điểm ngoại tâm thu ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Ngoại tâm thu thất khởi phát từ vùng đường ra thất phải chiếm đa số trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu (85/122 chiếm 69,7%). Kết quả này tương đồng với kết quả từ các nghiên cứu của Lerman và cộng sự² năm 2012 (ngoại tâm thu thất từ đường ra thất

phải chiếm 60-80%). Có thể đây là vùng cơ tim có đặc tính sinh loạn nhịp cao, do đa phần ngoại tâm thu thất vô căn khởi phát từ vùng đường ra thất là theo cơ chế này cò.

Ngoại tâm thu thất khởi phát từ các vùng thuộc đường ra thất trái là vị trí hay gặp thứ hai. Trong nghiên cứu của chúng tôi vị trí này chiếm 13,4%. Trong các nghiên cứu của Lerman và cộng sự², tỉ lệ ngoại tâm thu thất từ đường ra thất trái chiếm 10%, chỉ xếp sau ngoại tâm thu thất từ đường ra thất phải. Trong các vị trí ở đường ra thất trái, các vị trí xoang vành trái, AMC, tam giác gian lá hay gặp hơn các vùng khác, kết quả cũng tương tự trong các nghiên cứu của Latchamsetty và cộng sự³, ngoại tâm thu từ các xoang vành là vị trí hay gặp trong nhóm các vị trí đường ra thất trái. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi cũng ít gặp ngoại tâm thu thất khởi phát từ xoang không vành, xoang vành phải hay vòng van, cơ nhú. Như vậy tỉ lệ các vị trí ngoại tâm thu thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nhiều nghiên cứu khác đã được công bố, có thể cũng do vùng cơ chất sinh loạn nhịp ở các vùng tâm thất là khác nhau.

Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, có 4,2% bệnh nhân có nhiều vị trí khởi phát ngoại tâm thu thất. Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân này trong nghiên cứu của chúng tôi không nhiều nên còn hạn chế để đưa ra kết luận liệu ngoại tâm thu xuất hiện từ nhiều vị trí có liên quan tới chức năng tâm thu thất trái.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, không có sự liên quan giữa vị trí khởi phát ngoại tâm thu thất và sự suy giảm chức năng tâm thu thất trái (thông qua chỉ số EF được đo bằng phương pháp Simpson). Nghiên cứu của Wenhua Xu⁴ và cộng sự cho thấy ngoại tâm thu thất từ cơ nhú thất trái có xu hướng có chức năng tâm thu thất trái cao hơn so với các vị trí khởi phát ngoại tâm thu khác. Khi phân tích kỹ nghiên cứu của Wenhua Xu⁴, chức năng tâm thu thất trái ở các vị trí khác nhau có sự thay đổi chủ yếu liên quan đến gánh nặng ngoại tâm thu ở vị trí đó hơn là vị trí khởi phát. Nghiên cứu của Del Carpio và cộng sự⁵ cho thấy, với một mức gánh nặng ngoại tâm thu thấp hơn, ngoại tâm thu thất khởi phát từ thất phải có xu hướng ảnh hưởng tới chức năng tâm thu thất trái hơn so với ngoại tâm thu khởi phát từ thất trái. Trong nghiên cứu của Latchamsetty và cộng sự³ cho thấy ngoại tâm thu thất khởi phát từ thượng tâm mạc có thể ảnh hưởng tới chức năng tâm thu thất trái nhiều hơn so với các vị trí khác. Những sự khác biệt nêu trên có thể được giải

thích do sự mất đồng bộ giữa hai thất xảy ra nhiều hơn khi ngoại tâm thu thất khởi phát từ các vùng thất phải hoặc thượng tâm mạc. Tuy nhiên, các nghiên cứu trên đều có cỡ mẫu nhỏ, không ngẫu nhiên nên các kết luận đưa ra còn hạn chế. Các nghiên cứu hiện nay cũng chưa cho thấy mối liên quan giữa vị trí khởi phát ngoại tâm thu và chức năng tâm thu thất trái, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, phân nhóm ngẫu nhiên để trả lời cho vấn đề này.

4.3. Kết quả triệt đốt ngoại tâm thu. Tỷ lệ triệt đốt ngoại tâm thất thành công ngay sau can thiệp tại trung tâm chúng tôi là 95,08%, trong đó có 15,57% số bệnh nhân tái phát lại sau 1 tháng kể từ khi triệt đốt ngoại tâm thu thất. Có 6 trường hợp triệt đốt thất bại. Kết quả điều trị ngay sau triệt đốt ngoại tâm thu thất tại trung tâm chúng tôi cũng tương tự nhiều trung tâm lớn trong cả nước. Tại bệnh viện 108⁶, tỉ lệ triệt đốt thành công ngoại tâm thu thất đạt 95%. Tại trung tâm của chúng tôi, các trường hợp tái phát lại sau 1 tháng điều trị triệt đốt xảy ra tại các vị trí ngoại tâm thu ở đường ra thất phải, tam giác gian lá, thất trái, vòng van hai lá và vòng van ba lá. Kết quả điều trị cũng tương tự trong các nghiên cứu trên thế giới. Trong nghiên cứu của Jin-sheng Wang và cộng sự⁷ cũng cho thấy tỉ lệ triệt đốt thành công ngoại tâm thu thất đạt 94,1%; trong đó, ngoại tâm thu thất từ đường ra thất phải có tỉ lệ thành công cao nhất, sau đó tới các vùng đường ra thất trái, các vùng khác ở hai thất và thấp nhất tại vùng thượng tâm mạc. Trong nghiên cứu của Gulletta và cộng sự⁸ năm 2022, ngoại tâm thu thất khởi phát từ vùng ngoài đường ra tâm thất (vùng LV summit, vòng van hai lá, ba lá, cơ nhú...) là yếu tố ảnh hưởng độc lập đến sự tái phát rối loạn nhịp khi theo dõi sau 6 tháng.

Tỉ lệ biến chứng sau thủ thuật ở trung tâm của chúng tôi là 7,4%; trong đó đa số gặp biến chứng nhẹ tại vị trí đường vào mạch máu, không có biến chứng nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân. Nghiên cứu của Jin-sheng Wang⁷ tiến hành trên số lượng bệnh nhân lớn (1241 bệnh nhân) cũng đa số gặp các biến chứng nhẹ liên quan đến đường vào mạch máu (giả phình...) và một số biến chứng khác với tỷ lệ thấp hơn: tổn thương mạch vành, tràn máu màng tim, huyết khối... Như vậy triệt đốt ngoại tâm thu thất qua đường ống thông bằng năng lượng sóng có tần số radio là thủ thuật an toàn.

V. KẾT LUẬN

- Vị trí ngoại tâm thu thất hay gặp nhất là

tại đường ra thất phải (chiếm 69,7%), các vị trí hay gặp khác là: xoang vành trái (6,6%), vòng van ba lá (4,9%), tam giác gian lá (4,1%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí khởi phát ngoại tâm thu và chức năng tâm thu thất trái.

- Tỷ lệ triệt đốt ngoại tâm thất thành công ngay sau can thiệp là 95,08%, 19/122 (chiếm 15,57%) số bệnh nhân tái phát lại sau 1 tháng. Có 6 trường hợp triệt đốt thất bại, liên quan đến vị trí khởi phát vùng cạnh His (4/6 trường hợp), 1 trường hợp thất bại liên quan đến vị trí vùng cơ nhú thất trái và trường hợp còn lại liên quan đến vùng tam giác gian lá.

- Tỷ lệ biến chứng sau thủ thuật là 7,4%; đa số gặp biến chứng nhẹ tại vị trí đường vào mạch máu, không có biến chứng nguy hiểm tới tính mạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cronin EM, Bogun FM, Maury P, et al. 2019 HRS/EHRA/APHRs/LAHRs expert consensus statement on catheter ablation of ventricular arrhythmias. *Heart Rhythm*. 2020;17(1):e2-e154. doi:10.1016/j.hrthm.2019.03.002
2. Lerman BB, Stein KM, Markowitz SM. Mechanisms of idiopathic left ventricular tachycardia. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 1997; 8(5): 571-583. doi: 10.1111/j.1540-8167.1997.tb00826.x
3. Latchamsetty R, Yokokawa M, Morady F, et al. Multicenter Outcomes for Catheter Ablation of Idiopathic Premature Ventricular Complexes. *JACC Clin Electrophysiol*. 2015;1(3): 116-123. doi:10.1016/j.jacep.2015.04.005
4. Xu W, Li M, Chen M, et al. Effect of burden and origin sites of premature ventricular contractions on left ventricular function by 7-day Holter monitor. *J Biomed Res*. 2015;29(6):465-474. doi:10.7555/JBR.29.20150032
5. Del Carpio Munoz F, Syed FF, Noheria A, et al. Characteristics of Premature Ventricular Complexes as Correlates of Reduced Left Ventricular Systolic Function: Study of the Burden, Duration, Coupling Interval, Morphology and Site of Origin of PVCs. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*. 2011;22(7): 791-798. doi:10.1111/j.1540-8167.2011.02021.x
6. Phạm Trường Sơn. Nghiên cứu đặc điểm điện sinh lý và kết quả triệt đốt ngoại tâm thu thất nguyên phát đường ra thất phải. *Journal of 108 Clinical Medicine and Pharmacy*. 2020;15(4).
7. Wang JS, Shen YG, Yin RP, et al. The safety of catheter ablation for premature ventricular contractions in patients without structural heart disease. *BMC Cardiovasc Disord*. 2018;18(1):177. doi:10.1186/s12872-018-0913-2
8. Gulletta S, Gasperetti A, Schiavone M, et al. Long-Term Follow-Up of Catheter Ablation for Premature Ventricular Complexes in the Modern Era: The Importance of Localization and Substrate. *J Clin Med*. 2022;11(21):6583. doi:10.3390/jcm11216583