

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân đau ngực điển hình là 63,4%; khó thở 89,4% và mệt 93,3%. Phân độ Killip độ III là 11,5% và độ IV là 1,9%. Nồng độ NT-proBNP là $3052,47 \pm 5499,18$ ng/dl. Tỉ lệ có nhịp xoang là 90,4%; rung nhĩ là 8,7%, block nhĩ thất là 9,6%. Nhồi máu vùng sau là 39,4%; trước vách là 38,5%. Tỉ lệ rối loạn vận động vùng chiếm 47,1%; EF <50% 33,7%. Tỉ lệ tổn thương 4 nhánh ĐMV là 3,8%; tổn thương 3 nhánh là 26,0% và tổn thương 2 nhánh là 38,5%. Vị trí tổn thương ở động mạch liên thất trước 81,7%; ĐMV phải 60,6%; tổn thương động mạch mũ 46,2%. Tỉ lệ dòng chảy TIMI trước can thiệp 0 là 43,3%; TIMI 1 là 41,3% và TIMI 2 là 15,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Thượng Dũng** (2011), "Đặc điểm chụp mạch vành và kết quả can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân trên 75 tuổi tại bệnh viện Thống

Nhất", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 15 (Phụ bản của số 1), tr. 141-147.

- Ngô Đức Kỳ, Nguyễn Huy Lợi, Trần Thị Anh Thơ, và cs.** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có can thiệp mạch vành qua da thì đầu ở Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An", Tạp chí Y học Việt Nam, 503 (2), tr. 243-246.
- Nguyễn Huy Lợi, Phạm Mạnh Hùng, Dương Đình Chính** (2023), "Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 162 (1), tr. 237-246.
- Nguyễn Văn Tân, Châu Văn Vinh, Lê Thị Kim Phượng, và cs.** (2021), "Đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau", Tạp chí Y học Việt Nam, 501 (4), tr. 13-17.
- Fajermiroye J.O., da Cunha L.C., Saavedra-Rodriguez R., et al.** (2018), "Aging-Induced Biological Changes and Cardiovascular Diseases", Biomed Res Int, 2018 pp. 7156435.

VAI TRÒ CỦA CHỈ SỐ CHUYỂN TIẾP V1-V3 TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT RỐI LOẠN NHỊP THẤT TỪ ĐƯỜNG RA THẤT PHẢI VÀ ĐƯỜNG RA THẤT TRÁI

Trần Song Giang¹, Nguyễn Thị Vỹ²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chẩn đoán định khu vị trí ngoại tâm thu thất (NTTT), nhịp nhanh thất (NNT) trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo có ý nghĩa quan trọng trước khi thăm dò điện sinh lý và triệt đốt. **Mục tiêu:** Đánh giá vai trò của chỉ số chuyển tiếp V1-V3 trong phân biệt ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh thất ở đường ra thất phải (ĐRTP) và đường ra thất trái (ĐRTT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 80 bệnh nhân (BN) chẩn đoán NTTT/NNT vô căn giai đoạn 2021 được triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số radio (RF) được đưa vào nghiên cứu. Tỉ lệ nam : nữ = 1:3; tuổi trung bình $52,7 \pm 13,5$; 67,5% (54 BN) có rối loạn nhịp thất khởi phát từ đường ra thất phải và 32,5% (26 BN) có rối loạn nhịp thất khởi phát từ đường ra thất trái. Điểm vùng chuyển tiếp của NTTT/NNT có nguồn gốc khởi phát từ ĐRTP cao hơn NTTT/NNT từ ĐRTT ($3,44 \pm 0,88$ so với $1,96 \pm 0,95$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chỉ số chuyển tiếp V1-V3 của NTTT/NNT vị trí khởi phát từ ĐRTT thấp hơn nhóm NTTT/NNT vị trí

khởi phát từ ĐRTP có ý nghĩa thống kê ($-5,22 \pm 8,41$ so với $2,01 \pm 3,39$; $p < 0,05$). Ở nhóm NTTT/NNT có chuyển tiếp tại V3, chỉ số chuyển tiếp V1 V3 của NTTT/NNT từ ĐRTT cũng thấp hơn có ý nghĩa thống kê nhóm NTTT/NNT vị trí từ ĐRTP ($-2,06 \pm 6,02$ so với $2,89 \pm 6,43$, với $p < 0,05$). Chỉ số chuyển tiếp V1-V3 có giá trị phân biệt vị trí khởi phát NTTT/NNT từ ĐRTT và ĐRTP với ngưỡng điểm cắt $-1,02$ và diện tích dưới đường cong AUC 0,808 (0,683– 0,933), với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 89% và 81%. Chỉ số chuyển tiếp V1-V3 có giá trị phân biệt vị trí khởi phát NTTT/NNT từ ĐRTT và ĐRTP ở nhóm chuyển tiếp tại V3 với ngưỡng điểm cắt 0,13 và diện tích dưới đường cong AUC 0,917 (0,683– 0,933), với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 83% và 100%. **Kết luận:** Chỉ số chuyển tiếp V1 V3 của nhóm NTTT/NNT vị trí khởi phát từ ĐRTT thấp hơn nhóm NTTT/NNT vị trí khởi phát từ ĐRTP có ý nghĩa thống kê. Chỉ số chuyển tiếp V1-V3 có giá trị phân biệt vị trí khởi phát NTTT/NNT từ ĐRTT và ĐRTP, với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. **Từ khóa:** Ngoại tâm thu thất, Chỉ số chuyển tiếp V1-V3

SUMMARY

ROLE OF V1-V3 TRANSITION INDEX IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF VENTRICULAR ARRHYTHMIAS IN THE RIGHT AND LEFT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT

Introduction: Localization of premature ventricular contraction (PVC) and ventricular

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Song Giang

Email: trangiang1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024

tachycardia (VT) on 12-lead electrocardiogram before ablation is essential. **Objectives:** Evaluation of the role of the V1-V3 transition index in the differential diagnosis of premature ventricular contraction and ventricular tachycardia in the right and left ventricular outflow tract. **Subjects and methods:** Cross-sectional, retrospective, and prospective descriptive study **Results:** 80 patients with idiopathic arrhythmias undergoing radiofrequency ablation (RF) were included in the study. Male : female sex ratio was 1 : 3; mean age $52,7 \pm 13,5$. There are 67,5% (54/80) patients with ventricular arrhythmias originating from the right ventricular outflow tract and 32,5% (26/80) patients having ventricular arrhythmias originating from the left ventricular outflow tract. The point of transition zone of PVC/VT originating from RVOT is higher than LVOT ($3,44 \pm 0,88$ versus $1,96 \pm 0,95$), the difference is statistically significant with $p < 0,05$. Transition index V1-V3 of PVC/VT from left ventricular outflow tract is lower than right ventricular outflow tract with statistical significance ($- 5,22 \pm 8,41$ versus $2,01 \pm 3,39$, $p < 0,05$). When analyzing in the group of PVC/VT with transition at V3, the V1-V3 transition index of PVC/VT from LVOT is also statistically significantly lower than the group of PVC/VT at location from RVOT ($- 2,06 \pm 6,02$ versus $2,89 \pm 6,43$, with $p < 0,05$). The transition index V1-V3 is valuable for discriminating the origin PVC/VT from RVOT and LVOT with a cut-off point of $-1,02$ and AUC 0,808 (0,683–0,933), with sensitivity and specificity of 89% and 81%, respectively. The V1-V3 transition index is valuable for discriminating the origin PVC/VT from RVOT and LVOT in the transition group at V3 with a cut-off point of 0,13 and AUC 0,917 (0,683–0,933), with sensitivity and specificity of 83% and 100%, respectively. **Conclusion:** The V1-V3 transition index of the group PVC/VT originating from the LVOT is lower than that of the group PVC/VT originating from the RVOT, with statistical significance. The V1-V3 transition index has a value in discriminating the site of onset of PVC/VT from LVOT and RVOT, with high sensitivity and specificity. **Keywords:** Premature ventricular contraction, V1-V3 transition index

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngoại tâm thu thất (NTTT) và nhịp nhanh thất (NNT) là những rối loạn nhịp thất khá thường gặp trên cả nhóm người có hoặc không có bệnh tim thực tổn. Ở những người không có bệnh tim thực tổn thì NTT/T và NNT được gọi là các rối loạn nhịp thất vô căn và đa phần đều khởi phát từ đường ra tâm thất¹. Triệt đốt NTTT/NNT bằng năng lượng sóng có tần số radio qua đường ống thông là phương pháp an toàn, hiệu quả cao, tỉ lệ tái phát thấp². Chẩn đoán định khu vị trí của ổ khởi phát NTTT/NNT trước can thiệp làm giảm thời gian của thủ thuật giúp giảm tỉ lệ biến chứng của thủ thuật cũng như giảm tác hại của tia X đối với sức khỏe của bác sỹ làm thủ thuật³. Hiện nay trên thế giới có nhiều chỉ số khác nhau để chẩn đoán phân biệt các rối loạn

nhịp thất từ đường ra thất phải và từ đường ra thất trái như TZ index, chỉ số chuyển tiếp V2, chỉ số V2S/V3R^{4,5}... Tuy nhiên độ chính xác và tính hiệu dụng còn có nhiều hạn chế vì hình thái phức bộ QRS của rối loạn nhịp thất có thể bị ảnh hưởng bởi: vị trí của chuyển đạo, giải phẫu tim, tư thế của tim, sự phì đại của tâm thất, thể trạng người bệnh, giới tính, dị dạng lồng ngực... Đặc biệt đối với các rối loạn nhịp thất có dạng block nhánh trái và chuyển tiếp tại V3 thì việc dự đoán vị trí khởi phát càng khó khăn hơn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Vai trò của chỉ số chuyển tiếp V1-V3 trong chẩn đoán phân biệt rối loạn nhịp thất ở đường ra thất phải và đường ra thất trái" với mục tiêu "Đánh giá vai trò của chỉ số chuyển tiếp V1-V3 trong chẩn đoán phân biệt rối loạn nhịp thất từ đường ra thất phải và đường ra thất trái."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 80 BN chẩn đoán NTTT hoặc NNT, được thăm dò điện sinh lý và điều trị triệt đốt tại Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- NTTT và NNT có gợi ý khởi phát từ đường ra tâm thất (dạng block nhánh trái, trục hướng xuống dưới với các chuyển đạo DII, DIII, avF có QRS dương).

- NTTT và NNT đã được triệt đốt thành công bằng năng lượng sóng có tần số radio (RF).

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có bệnh lý tim mạch khác kèm theo gây biến đổi trục điện tim và hình dạng phức bộ QRS như: block nhánh, block phân nhánh, nhồi máu cơ tim, v.v...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang. Các biến số nghiên cứu: tuổi, giới, các chỉ số điện tâm đồ bề mặt, kết quả thăm dò điện sinh lý.

Chỉ số chuyển tiếp V1-V3: được tính là tổng tỷ lệ biên độ sóng S của NTT/T/NNT (SNTT/T) với biên độ sóng S của nhịp xoang (SNX) tương ứng ở V1; V2, trừ đi tổng tỷ lệ biên độ sóng R của NTT/T/NNT (RNTT/T) với biên độ sóng R của nhịp xoang (RNX) tương ứng ở V1, V2, V3.

2.2.2. Phân tích, xử lý số liệu: Các kết quả định tính được thể hiện dưới dạng tỷ lệ phần trăm, các kết quả định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị tùy đặc điểm phân bố. Kiểm định các giá trị trung bình bằng t-test trong trường hợp phân bố chuẩn và Mann-Whitney U

test nếu phân bố không chuẩn; kiểm định các tỉ lệ bằng χ^2 -test hoặc Fisher's exact test; các khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Phân tích đường cong ROC để xác định các giá trị có ý nghĩa phân biệt hai nhóm rối loạn nhịp thất, AUC (AUC) được tính toán để so sánh các tiêu chuẩn điện tâm đồ. Trong đó điểm cut-off tối ưu được xác định là điểm trên đường cong có khoảng cách gần nhất với điểm (0,1) của đồ thị. Sử dụng mức ý nghĩa của diện tích dưới đường cong như sau:

- + 0,9 = rất tốt
 - + 0,80 - 0,90 = tốt
 - + 0,60 - 0,70 = tạm được
 - + 0,50 - 0,60 = không giá trị
- Nhập và phân tích dữ liệu: SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 80 BN chẩn đoán NTTT/NNT vô căn được triệt đốt bằng

năng lượng sóng có tần số radio (RF). Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $52,7 \pm 13,5$ năm, trong đó 75% là nữ giới. Chỉ số BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là $22,75 \pm 2,58$ kg/m². Các bệnh đồng mắc thường gặp nhất lần lượt là tăng huyết áp chiếm khoảng 1/3 số BN, rối loạn lipid máu 18,8% và đái tháo đường 7,5%.

3.2. Kết quả thăm dò điện sinh lý và điều trị RF. 54 BN có ổ khởi phát NTTT/NNT từ ĐRTP (67.5%) và 26 BN có ổ khởi phát NTTT/NNT từ ĐRTT (32.5%). Trong số 26 trường hợp NTTT/NNT khởi phát từ đường ra thất trái, có 12 ca (46%) khởi phát từ xoang Valsalva lá vành trái. Tỷ lệ NTTT/NNT khởi phát từ xoang Valsalva lá vành phải và tam giác gian lá lần lượt là 7 ca (27%) và 5 ca (19%). Chỉ có 2 ca (8%) khởi phát NTTT/NNT dưới van động mạch chủ.

3.3. Đặc điểm điện tâm đồ bề mặt NTTT/NNT

Bảng 1: Đặc điểm chuyển tiếp của NTTT/NNT trên điện tâm đồ bề mặt

Vị trí chuyển tiếp	Nhóm chung (n=80) n%	ĐRTP (n=54) n%	ĐRTT (n=26) n%	p
V1	8(10)	1 (1,9)	7 (26.9)	
V1-V2	4(5)	0	4 (15.4)	
V2	1(1.3)	0	1 (3.8)	
V2-V3	23(28.7)	15 (27.8)	8 (30.8)	
V3	10(12.5)	6 (11.1)	4 (15.4)	
V3-V4	23 (28.7)	21 (38.9)	2 (7.7)	
V4	1(1.3)	1 (1.9)	0	
V4-V5	8 (10)	8 (14.8)	0	
≥V5	2(2.5)	2 (3.8)	0	
TZ<V3	36(45)	16 (29.6)	20 (76.9)	<0.001
V3≤TZ≤V4	34(42.5)	28 (51.9)	6 (23.1)	<0.001
TZ>V4	10(12.5)	10 (12.5)	0 (0)	<0.001
TZ index	-0,006 ± 1,29	1,23 ± 0,24	0,89 ± 0,12	<0.001

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, BN NTTT/NNT chuyển tiếp sau V3 chiếm tỷ lệ lớn nhất 55% và BN có chuyển tiếp tại V3 chiếm 12,5%. Tỷ lệ chuyển tiếp NTTT/NNT khởi phát từ ĐRTP chủ yếu là sau V3, trong khi ĐRTT chủ yếu có hình ảnh chuyển tiếp trước V3, sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$.

Bảng 2. Kết quả một số thông số trên điện tâm đồ bề mặt

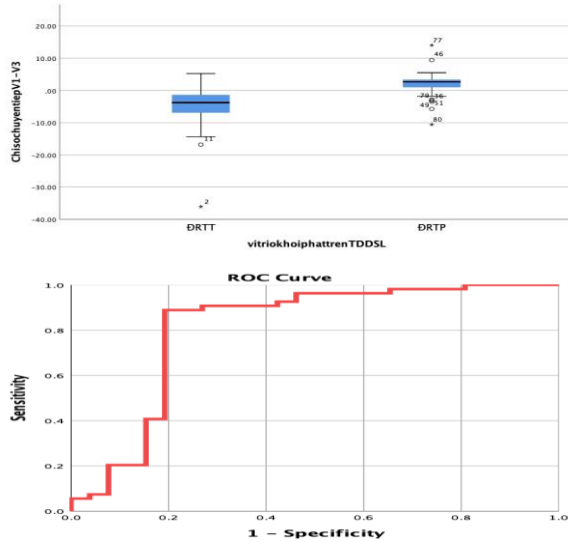
Chỉ số	Nhóm chung (n=80)	ĐRTP (n=54)	ĐRTT (n=26)	p
Điểm vùng chuyển tiếp của NTTT/NNT	$2,96 \pm 1,14$	$3,44 \pm 0,88$	$1,96 \pm 0,95$	<0,001
Điểm vùng chuyển tiếp của nhịp xoang	$2,97 \pm 0,92$	$2,89 \pm 0,84$	$3,10 \pm 1,05$	0.27
Thời gian QRS (ms)	$132,7 \pm 21,2$	$133,9 \pm 19,8$	$132,1 \pm 26,3$	0.24
Chỉ số chuyển tiếp V1-V3	$-0,34 \pm 6,46$	$2,01 \pm 3,39$	$-5,22 \pm 8,41$	<0,001
Chỉ số chuyển tiếp V1-V3 nhóm chuyển tiếp tại V3	$-0,75 \pm 4,97$	$2,89 \pm 6,43$	$-2,06 \pm 6,02$	<0.05

Nhận xét: Điểm vùng chuyển tiếp của NTTT/NNT có nguồn gốc khởi phát từ ĐRTP cao hơn NTTT/NNT từ ĐRTT ($3,44 \pm 0,88$ so với $1,96 \pm 0,95$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Điểm vùng chuyển tiếp của nhịp xoang và thời gian

phức bộ QRS của nhóm ĐRTT và ĐRTP không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Chỉ số chuyển tiếp V1-V3 của NTTT/NNT vị trí khởi phát từ ĐRTT thấp hơn nhóm NTTT/NNT vị trí khởi phát từ ĐRTP có ý nghĩa thống kê ($-5,22 \pm 8,41$ so với $2,01 \pm 3,39$,

$p < 0,05$). Khi phân tích ở nhóm NTTT/NNT có chuyển tiếp tại V3, chỉ số chuyển tiếp V1-V3 của NTTT/NNT từ ĐRTT thấp hơn có ý nghĩa thống kê nhóm NTTT/NNT vị trí từ ĐRTP ($-2,06 \pm 6,02$ so với $2,89 \pm 6,43$, với $p < 0,05$)

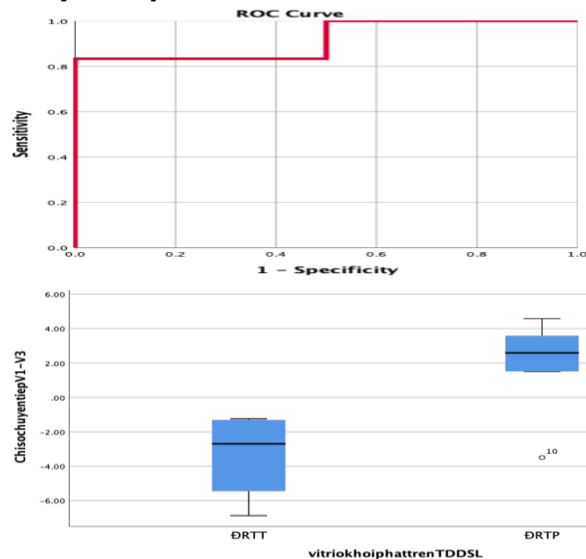
3.4. Giá trị của chỉ số chuyển tiếp V1-V3 trong chẩn đoán phân biệt NTTT/NNT từ ĐRTP và ĐRTT



AUC = 0,808 (0,683-0,933)

Nhận xét: chỉ số chuyển tiếp V1-V3 có giá trị phân biệt vị trí khởi phát NTTT/NNT từ ĐRTT và ĐRTP với ngưỡng điểm cắt $-1,02$ và diện tích dưới đường cong AUC $0,808$ ($0,683-0,933$), với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 89% và 81% .

3.5. Giá trị của chỉ số chuyển tiếp V1-V3 trong chẩn đoán định khu NTTT/NNT có chuyển tiếp ở V3



AUC = 0,917 (0,683-0,933)

Nhận xét: chỉ số chuyển tiếp V1-V3 có giá trị phân biệt vị trí khởi phát NTTT/NNT từ ĐRTT và ĐRTP với ngưỡng điểm cắt $0,13$ và diện tích dưới đường cong AUC $0,917$ ($0,683-0,933$), với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 83% và 100% .

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung về các bệnh nhân nghiên cứu. Nakagawa và cộng sự tổng kết 68 nghiên cứu, tổng 748 BN cho thấy NTTT/NNT có tỷ lệ gặp cao hơn ở nữ giới và thường ở 30 -50 tuổi⁶. Các BN nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 52,7. Tác giả Phan Đình Phong khi nghiên cứu kết quả triệt đốt rối loạn nhịp thất khởi phát từ xoang Valsalva cho thấy độ tuổi trung bình là 52,6 năm⁷. Có một số giả thiết bao gồm sự khác nhau về tính chất tái cực tâm thất ở hai giới, tương lực giao cảm lớn hơn ở phụ nữ tuổi trung niên cũng như các thay đổi về hormone qua thời kì trước khi có kinh, tiền mãn kinh và thai nghén. Nguyên nhân được cho là liên quan ảnh hưởng của steroid sinh dục ở nữ trong các thời kỳ này⁸.

4.2. Kết quả thăm dò điện sinh lý và điều trị triệt đốt bằng RF. 54 BN có vị trí khởi phát của rối loạn nhịp từ ĐRTP chiếm 67,5%, 26 BN (32,5%) có vị trí khởi phát từ ĐRTT. Ở các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ NTTT/NNT khởi phát từ vùng ĐRTP chiếm khoảng 80- 90% các trường hợp rối loạn nhịp thất vô căn từ đường ra thất⁹. Kết quả về vị trí khởi phát của NTTT/NNT từ ĐRTT trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chủ yếu thuộc các vị trí khác nhau của xoang van Valsalva, bao gồm lá vành trái (46%), tam giác gian lá (19%), lá vành phải (27%), không có trường hợp nào ở lá không vành. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Yamada (2008) và Phan Đình Phong (2014), trong đó tại vị trí xoang Valsalva thì lá vành trái là nơi hay khởi phát NTTT/NNT nhất, tiếp theo đó là lá vành phải và tam giác gian lá; các rối loạn nhịp thất từ lá không vành khá hiếm gặp. Giải thích cho kết quả này, tác giả Yamada cho rằng lá vành trái và phải tiếp xúc trực tiếp với đường ra thất trái và cơ tâm thất có thể lan vào các vị trí này, trong khi đó lá không vành nằm sát cơ tâm nhĩ và không tiếp xúc trực tiếp với vùng cơ tim của tâm thất⁹.

4.3. Đặc điểm điện tâm đồ bề mặt NTTT/NNT. Điện tâm đồ bề mặt của 80 BN nhóm nghiên cứu có chủ yếu có là NTTT/NNT dạng block nhánh trái (V1 âm) và trục hướng xuống dưới với QRS dương tại các chuyển đạo DII, DIII, aVF; đây là đặc điểm của NTTT/NNT

khởi phát từ vùng đường ra của tâm thất. Thời gian phức bộ QRS và điểm chuyển tiếp ở nhĩ xoang của hai nhóm ĐRTP và ĐRTT khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,27$ và $0,24$). Điểm vùng chuyển tiếp của NNTT/NNT từ ĐRTP là $3,44 \pm 0,88$ cao hơn so với ĐRTT là $1,96 \pm 0,95$ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả của Chengye 2019 cho thấy chỉ số chuyển tiếp V1 – V3 đối với nguồn gốc ĐRTP cao hơn đáng kể so với nguồn gốc ĐRTT ($1,25 \pm 2,48$ so với $-3,94 \pm 3,11$; $p < 0,001$)¹⁰. Kết quả này tương tự như trong kết quả của chúng tôi với chỉ số chuyển tiếp V1-V3 của NNTT/NNT vị trí khởi phát từ ĐRTT thấp hơn nhóm NNTT/NNT vị trí khởi phát từ ĐRTP có ý nghĩa thống kê ($-5,22 \pm 8,41$ so với $2,01 \pm 3,39$, $p < 0,05$).

4.4. Giá trị của chỉ số chuyển tiếp V1-V3 trong chẩn đoán phân biệt NNTT/NNT từ ĐRTP và ĐRTT. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số V1-V3 có giá trị diện tích dưới đường cong là $0,808$ ($0,683 - 0,933$) với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 89% và 81% tại ngưỡng điểm cắt là $-1,02$. Đây là một chỉ số có giá trị chẩn đoán tương đối cao ($>0,8$). Tác giả Chengye năm 2019 cho thấy chỉ số chuyển tiếp V1-V3 này có diện tích dưới đường cong AUC là $0,931$ với giá trị ngưỡng là $> -1,6$ dự đoán khởi phát từ đường ra thất phải với độ nhạy 93% và độ đặc hiệu 86% ¹⁰, vì vậy, có thể mở rộng nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn.

4.5. Giá trị của chỉ số chuyển tiếp V1-V3 trong chẩn đoán định khu NNTT/NNT có chuyển tiếp ở V3. Vị trí khởi phát NNTT/NNT giữa ĐRTT và ĐRTP về giải phẫu khá gần nhau, vì vậy trên ĐTĐ bề mặt có chuyển tiếp tại V3 là những trường hợp khó phân biệt để có những tiếp cận tốt cho quá trình triệt đốt. Chỉ số chuyển tiếp V1-V3 có giá trị phân biệt vị trí khởi phát NNTT/NNT từ ĐRTT và ĐRTP với ngưỡng điểm cắt $0,13$ và diện tích dưới đường cong AUC $0,917$ ($0,683 - 0,933$), độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 83% và 100% . Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Chengye cho thấy chỉ số chuyển tiếp V1-V3 này có diện tích dưới đường cong AUC là $0,931$ với giá trị ngưỡng là $> -1,6$ dự đoán khởi phát từ đường ra thất phải với độ nhạy 93% và độ đặc hiệu 86% khi phân biệt vị trí khởi phát từ ĐRTT và ĐRTP ở nhóm NNTT/NNT có chuyển tiếp tại V3¹⁰. Như vậy, chỉ số chuyển tiếp V1-V3 có ý nghĩa cao trong việc chẩn đoán phân biệt trong những trường hợp chuyển tiếp tại V3.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số chuyển tiếp V1-V3 của NNTT/NNT vị trí khởi phát từ ĐRTT thấp hơn nhóm NNTT/NNT vị trí khởi phát từ ĐRTP. Chỉ số chuyển tiếp V1-V3 giúp phân biệt vị trí khởi phát NNTT/NNT từ ĐRTT và ĐRTP nói chung cũng như ở nhóm có chuyển tiếp tại V3 với độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lerman BB. Outflow tract ventricular arrhythmias: An update. Trends in cardiovascular medicine. 2015;25(6):550-8.
2. Gulletta S, Gasperetti A, Schiavone M, Paglino G, Vergara P, Compagnucci P, et al. Long-Term Follow-Up of Catheter Ablation for Premature Ventricular Complexes in the Modern Era: The Importance of Localization and Substrate. Journal of clinical medicine. 2022;11(21).
3. Hachiya H, Aonuma K, Yamauchi Y, Harada T, Igawa M, Nogami A, et al. Electrocardiographic characteristics of left ventricular outflow tract tachycardia. Pacing and clinical electrophysiology: PACE. 2000;23(11 Pt 2):1930-4.
4. Jiao ZY, Li YB, Mao J, Liu XY, Yang XC, Tan C, et al. Differentiating origins of outflow tract ventricular arrhythmias: a comparison of three different electrocardiographic algorithms. Brazilian journal of medical and biological research = Revista brasileira de pesquisas medicas e biologicas. 2016;49(5):e5206.
5. Yoshida N, Inden Y, Uchikawa T, Kamiya H, Kitamura K, Shimano M, et al. Novel transitional zone index allows more accurate differentiation between idiopathic right ventricular outflow tract and aortic sinus cusp ventricular arrhythmias. Heart rhythm. 2011;8(3):349-56.
6. Asirvatham SJ. Correlative anatomy for the invasive electrophysiologist: outflow tract and supraventricular arrhythmia. Journal of cardiovascular electrophysiology. 2009;20(8):955-68.
7. Phong PD. Nghiên cứu điện sinh lý học tim của rối loạn nhịp thất khởi phát từ xoang Valsava và kết quả triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số Radio. Luận văn Tiến sỹ Y Học. 2014.
8. Tanaka Y, Tada H, Ito S, Naito S, Higuchi K, Kumagai K, et al. Gender and age differences in candidates for radiofrequency catheter ablation of idiopathic ventricular arrhythmias. Circulation journal: official journal of the Japanese Circulation Society. 2011;75(7):1585-91.
9. Yamada T, McEiderry HT, Doppalapudi H, Murakami Y, Yoshida Y, Yoshida N, et al. Idiopathic ventricular arrhythmias originating from the aortic root prevalence, electrocardiographic and electrophysiologic characteristics, and results of radiofrequency catheter ablation. Journal of the American College of Cardiology. 2008;52(2):139-47.
10. Di C, Wan Z, Tse G, Letsas KP, Liu T, Efremidis M, et al. The V(1)-V(3) transition index as a novel electrocardiographic criterion for differentiating left from right ventricular outflow tract ventricular arrhythmias. Journal of interventional cardiac electrophysiology: an international journal of arrhythmias and pacing. 2019;56(1):37-43.

MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, KHÍ MÁU VÀ CHỨC NĂNG HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN TÍNH LỌC MÁU CHU KỲ

Nguyễn Thị Thanh Hương¹,
Nguyễn Đình Tiên², Nguyễn Vĩnh Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số biểu hiện lâm sàng hô hấp, khí máu và thông khí phổi ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc có phân tích 134 bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện E từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 10 năm 2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 52,79 ± 16,58; Nam: 69,4%, BMI bình thường: 78,4%. Các triệu chứng lâm sàng về hô hấp ở nhóm đối tượng nghiên cứu đa dạng, trong đó thường gặp nhất là ho khan (22,4%), không gặp trường hợp nào ho máu. Hình ảnh tổn thương trên X-Quang (10,4%). Ngoài ra rối loạn toàn thân nổi bật là rối loạn giấc ngủ (74,6%). Rối loạn khí máu hay gặp là nhiễm toan chuyển hoá (37,3%). Xét nghiệm khí máu và chức năng hô hấp sau lọc máu đều tăng lên đáng kể. **Kết luận:** Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối thường gặp các rối loạn về hô hấp và quản lý điều trị lọc máu có vai trò cải thiện tốt khí máu và chức năng hô hấp. **Từ khóa:** Bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối, khí máu, chức năng hô hấp

SUMMARY

CLINICAL SYMPTOMS, ARTERIAL BLOOD GAS AND RESPIRATORY FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE ON CYCLIC DIALYSIS

Objectives: Describe clinical characteristic, arterial blood gas and pulmonary function, in patients with chronic renal failure on dialysis. **Subjects and methods:** descriptive study, longitudinal follow-up with analysis of 134 chronic kidney failure patients undergoing dialysis at Hospital E from October 2017 to October 2020. **Results:** Average age: 52.79 ± 16.58; Male: 69.4%, normal BMI: 78.4%. Clinical respiratory symptoms in the study group were diverse, the most common symptom were dry cough (22.4%) and no cases of hemoptysis. Images of injury on X-ray (10.4%). In addition, the most prominent systemic disorder is sleep disturbances (74.6%). Common blood gas disorder is acidosis (37.3%). All index of Blood gas tests and respiratory function after dialysis increased significantly. **Conclusion:** In the study, we found that patients with end-stage chronic kidney disease often experience respiratory disorders and dialysis treatment

has a role in improving blood gases and respiratory function. **Keywords:** End stage chronic kidney disease, arterial blood gas, respiratory Function.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (Chronic Kidney Disease) là vấn đề sức khỏe có tính toàn cầu. Tỷ lệ mắc bệnh này đang gia tăng trên toàn thế giới và ước tính khoảng 11 đến 13% tổng dân số [1]. Bệnh thận thường được đặc trưng bởi rối loạn chức năng của nhiều cơ quan. Chức năng của phổi cũng có mối liên hệ chặt chẽ với thân, cả về sinh lý và sinh lý bệnh. Trên thực tế, việc điều hòa cân bằng axit-bazơ, kiểm soát huyết áp và cân bằng nội môi có liên quan chặt chẽ đến sự tương tác giữa thận và phổi. Những người mắc bệnh thận mạn tính có khả năng tử vong vì bệnh hô hấp cao hơn và sự kết hợp này sẽ làm tăng nguy cơ tử vong và chi phí điều trị ở nhóm bệnh này [2].

Mối liên quan giữa tổn thương thận và phổi ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính đã được nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu từ lâu [3]. Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu đánh giá các nguy cơ mắc bệnh thận trên nền bệnh phổi mạn tính và chưa cung cấp đầy đủ số liệu về triệu chứng lâm sàng hô hấp cũng như chức năng hô hấp ở nhóm bệnh nhân này. Ở Việt Nam đã có những thành công bước đầu trong lĩnh vực ghép thận, làm thay đổi chất lượng sống ở bệnh nhân suy thận mạn, tuy nhiên thực tế hiện nay, điều trị bằng lọc máu chu kỳ vẫn là biện pháp chủ yếu để duy trì sự sống cho đa số người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối. Bởi vậy, nghiên cứu đánh giá các rối loạn hô hấp cả về phương diện lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị bằng lọc máu chu kỳ là cần thiết, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện dự đoán và quản lý bệnh tốt hơn. Mục tiêu của nghiên cứu này: "Mô tả một số triệu chứng lâm sàng hô hấp và kết quả đo thông khí phổi ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 134 bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện E từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 10 năm 2020 được chia thành 2 nhóm có/không có ít nhất một triệu chứng đường hô hấp.

¹Bệnh viện E

²Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hương

Email: toahuongkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024