

Kết quả thăm dò điện sinh lý và triệt đốt bằng sóng tần số radio ở các bệnh nhân rối loạn nhịp trên thất tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2018 đến năm 2020

Results of electrophysiology and radiofrequency ablation in patients with supraventricular tachycardia from 2018 to 2020

Phạm Trường Sơn, Phạm Văn Chính

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu tỷ lệ và hiệu quả triệt đốt nhịp nhanh kịch phát trên thất bằng sóng tần số radio. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 331 bệnh nhân được chẩn đoán nhịp nhanh kịch phát trên thất, rung nhĩ, cuồng nhĩ và nghi ngờ rối loạn nhịp trên thất có chỉ định thăm dò điện sinh lý. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả. Tất cả các bệnh nhân được lấy số liệu từ hồ sơ bệnh án, biên bản thăm dò điện sinh lý và triệt đốt bằng sóng tần số radio. Đánh giá tỷ lệ thành công, theo dõi biến chứng và tỷ lệ phát hiện các bất thường về nhịp khi thăm dò điện sinh lý. **Kết quả:** Tỷ lệ nam giới tương đương với tỷ lệ nữ. Tuy nhiên nếu xét riêng nhịp nhanh nút nhĩ thất thì tỷ lệ nữ cao hơn (80%), với nhịp nhanh đường phụ hoặc rung, cuồng nhĩ thì tỷ lệ nam nhiều hơn. Nhịp nhanh tại nút nhĩ thất chiếm tỷ lệ cao nhất (31,7%), cao hơn so với đường phụ (22,6%), nhanh nhĩ chiếm 5,7%, ít nhất là rung nhĩ chiếm tỷ lệ 1,8%. Đối với nhịp nhanh đường phụ ẩn giấu thì tỷ lệ bên trái là 80%, bên phải là 20%, với WPW thì không có sự khác biệt giữa hai bên. Tỷ lệ triệt đốt thành công lần lượt là 99%, 97,1%, 95%, 68,4% đối với nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất, hội chứng WPW, nhịp nhanh đường dẫn truyền ẩn giấu và nhanh nhĩ. Block nhĩ thất độ cao không hồi phục phải cấy máy tạo nhịp gấp 0,4%. Bóc tách thành động mạch chủ và huyết khối tĩnh mạch sâu có tỷ lệ đều là 0,8%. **Kết luận:** Triệt đốt các rối loạn nhịp trên thất bằng sóng tần số radio có tỷ lệ thành công cao, biến chứng thấp.

Từ khóa: Nhịp nhanh kịch phát trên thất, WPW, nhịp nhanh tại nút nhĩ thất, nhịp nhanh đường phụ.

Summary

Objective: To study the clinical characteristic of supraventricular tachycardia and efficacy of radiofrequency (RF) ablation. **Subject and method:** A retrospective, descriptive study was performed on 331 supraventricular patients, atrial fibrillation, flutter patients and patients suspected of supraventricular arrhythmias. All the data were taken from case notes, type of arrhythmias, success rate and complication were recorded. **Result:** AVNRT (Atrioventricular nodal reciprocal tachycardia) took up 31.7%, Accessory pathway tachycardia was of 22.6% and atrial tachycardia (AT) took up 5.7%. Of which, for concealed accessory pathway, left sided accessory pathway was found on 80%, right sided accessory pathway was seen in 20%. Success rate were of 99%, 97.1%, 95%, 68.4% for AVNRT, WPW syndrome, concealed accessory pathway; AT, respectively. Advanced A-V block was seen in 0.4%. **Conclusion:** RF ablation for supraventricular tachycardia was an effective method with high success rate, low complication and low recurrent rate.

Keywords: Supraventricular tachycardia, RF ablation, electrophysiology.

Ngày nhận bài: 21/01/2022, ngày chấp nhận đăng: 27/01/2021

Người phản hồi: Phạm Trường Sơn, Email: pton108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Trong các rối loạn nhịp thì rối loạn nhịp trên thất là loại loạn nhịp mà nguồn gốc gây ra xuất phát từ tầng trên của thất, đây là loại rối loạn nhịp hay được đánh giá bằng thăm dò điện sinh lý và điều trị bằng phương pháp triệt đốt có hiệu quả cao. Trong các rối loạn nhịp đó thì thăm dò điện sinh lý để thăm dò nút xoang, đánh giá điện sinh lý và triệt đốt các loạn nhịp nhanh kịch phát trên thất (NNKPTT) là hay gặp nhất, ngoài ra là triệt đốt nhanh nhĩ, rung nhĩ và cuồng nhĩ. Tại Mỹ, tỷ lệ mắc NNKPTT là 2,25/1000 dân và tỷ lệ mới mắc là 35/100 000 dân [7]. Ở Việt Nam, rối loạn nhịp nhanh là cấp cứu khá thường gặp, theo Phạm Quốc Khánh và cộng sự (CS) thì NNKPTT chiếm 64,9% các bệnh nhân rối loạn nhịp được thực hiện thăm dò điện sinh lý tim [3].

Các thuốc chống loạn nhịp đã giúp rất nhiều trong việc khống chế các rối loạn nhịp tim. Tuy vậy, việc điều trị bằng thuốc là biện pháp tạm thời, phải dùng thuốc lâu dài và chỉ có tác dụng giảm bớt tần suất xuất hiện các rối loạn nhịp. Hơn nữa các thuốc chống rối loạn nhịp tim đồng thời cũng chính là các thuốc gây ra rối loạn nhịp tim và nhiều bệnh nhân không đáp ứng với điều trị bằng thuốc hoặc có các chống chỉ định đối với thuốc.

Trên thế giới việc nghiên cứu điện sinh lý và ứng dụng sóng có năng lượng tần số radio để điều trị cơn nhịp nhanh trên thất đã được nghiên cứu từ nhiều năm nay. Phương pháp có ưu điểm vượt trội là điều trị triệt để NNKPTT, có thể áp dụng rộng rãi trên nhiều đối tượng bệnh nhân với tỷ lệ thành công cao (95 - 98%), tỷ lệ tái phát thấp (3 - 5%) và ít biến chứng (2 - 4%) [7].

Tại Việt Nam, việc áp dụng phương pháp dùng năng lượng tần số radio (sóng RF) để điều trị các rối loạn nhịp chỉ mới được triển khai ở một số trung tâm tim mạch lớn [2], [1]. Tuy nhiên, các nghiên cứu còn chưa nhiều, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu: *Đánh giá tỷ lệ các rối loạn nhịp trên thất ở bệnh nhân được thăm dò điện sinh lý tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều*

trị bằng sóng có năng lượng tần số radio đối với các rối loạn nhịp nhanh trên thất.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 331 bệnh nhân rối loạn nhịp trên thất được thăm dò điện sinh lý và/hoặc triệt đốt bằng sóng tần số radio tại Bệnh viện TWQĐ 108 từ 08/2018 đến 8/2020.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhịp nhanh kịch phát trên thất, rung nhĩ, cuồng nhĩ: Theo khuyến cáo của hội tim mạch Hoa Kỳ và Trường môn tim mạch Hoa Kỳ (ACC/AHA) năm 2003 [6].

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân điều trị bằng sóng có tần số Radio: Theo chỉ định I và IIa của ACC/AHA năm 2003 [6].

Trong cơn nhịp nhanh, bệnh nhân có triệu chứng đe dọa sự sống như rối loạn huyết động, ngất, co giật.

Không thể khống chế có hiệu quả bằng các loại thuốc chống loạn nhịp.

Cơn nhịp nhanh tái phát nhiều lần.

Thuốc chống loạn nhịp có nhiều tác dụng phụ không mong muốn.

Tuy thuốc chống loạn nhịp có hiệu quả nhưng bệnh nhân không muốn dùng thuốc lâu dài.

Điện tim có dạng WPW, nhưng khi đường dẫn truyền phụ có thời gian trễ < 220ms.

Tiêu chuẩn loại trừ

Hội chứng vành cấp. Suy tim nặng, suy thận giai đoạn cuối. Có rối loạn đông máu nặng. Bị các bệnh ác tính giai đoạn cuối, mắc các bệnh nhiễm trùng. Bệnh nhân không đồng ý làm thủ thuật.

2.2. Phương pháp

2.2.1. *Thiết kế nghiên cứu:* Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Các bước tiến hành

Tất cả các BN được làm bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu, các số liệu lấy từ hồ sơ bệnh án,

biên bản thăm dò điện sinh lý và triệt đốt bằng sóng tần số radio. Đánh giá tỷ lệ các rối loạn nhịp, tỷ lệ thành công và các biến chứng của phương pháp triệt đốt bằng sóng tần số radio.

Thăm dò điện sinh lý và triệt đốt bằng sóng năng lượng tần số radio

Trang thiết bị và các dụng cụ: Hệ thống máy chụp mạch loại Phillip một bình điện, hệ thống thăm dò điện sinh lý tim của hãng Bard, sản xuất tại Hoa Kỳ. Máy kích thích tim có chương trình Micro-Pace do Mỹ sản xuất. Máy phát năng lượng sóng có tần số Radio loại Aktar II của hãng Medtronic (Mỹ) sản xuất. Các loại dây điện cực: Do các hãng Cordis St. Jude và Medtronic sản xuất.

Thăm dò điện sinh lý tim

Ngừng tất cả các thuốc tim mạch, đặc biệt là các thuốc chống loạn nhịp. Thời gian ngừng thuốc ít nhất 5 lần thời gian bán hủy của thuốc.

Đường vào tĩnh mạch đùi phải để đưa dây điện cực lên nhĩ phải ghi điện thế nhĩ phải (A), đưa điện cực vào vị trí His để ghi điện đồ bó His (H), đưa dây điện cực xoang vành để ghi điện thế nhĩ trái - thất trái và đưa điện cực vào thất phải để ghi điện thế thất phải (V). Kích thích (KT) tim có chương trình: Chủ yếu dựa vào 2 phương pháp KT với tần số tăng dần và KT với mức độ sớm dần. Các phương pháp này được tiến hành ở cả nhĩ và thất nhằm xác định đặc điểm điện sinh lý của hệ thống dẫn truyền trong tim [9].

Thăm dò nút xoang: Kích thích nhĩ, đo khoảng thời gian hồi phục nút xoang điều chỉnh, nếu > 500ms là có yếu nút xoang trên thăm dò điện sinh lý.

Chẩn đoán các loại nhịp nhanh trên thất [6]

Nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất (AVNRT): Khởi phát cơn nhịp nhanh phụ thuộc vào khoảng AH, xuất hiện bước nhảy AH rồi xảy ra cơn nhịp nhanh. Trong cơn nhịp nhanh điện thế dẫn truyền nhĩ sớm nhất ghi được tại vị trí bó His.

Nhịp nhanh do đường phụ.

Vòng vào lại nhĩ thất (nhịp nhanh đường phụ ẩn: AVRT): Không thấy sóng delta trên điện tim,

nhưng khi thăm dò điện sinh lý thấy tồn tại đường dẫn truyền phụ.

Hội chứng WPW: Là cơn nhịp nhanh AVRT có kèm theo sóng Delta trên ECG.

WPW không triệu chứng khi trên điện tâm đồ có khoảng PR ngắn, sóng Delta, nhưng bệnh nhân không triệu chứng.

Dựa vào khử cực nhĩ sớm nhất để xác định vị trí đường dẫn truyền phụ: Bên trái, bên phải, thành tự do, vùng trước vách, vùng sau vách

Nhịp nhanh do nhanh nhĩ: Không phải cơn AVNRT hay cơn AVRT.

Rung nhĩ, cuồng nhĩ: Theo tiêu chuẩn Hội Tim mạch Hoa Kỳ.

Triệt đốt bằng năng lượng sóng RF

Triệt đốt đường phụ [8]:

Triệt đốt đường phụ theo chiều ngược: Kích thích thất với tần số cố định, tìm vị trí để khoảng cách sóng thất - sóng nhĩ gần nhau nhất và vị trí sóng nhĩ là sớm nhất so với các vị trí khác. Tiến hành triệt đốt khi vẫn kích thích thất, nếu trong vòng 15s mà khoảng cách sóng thất-sóng nhĩ dài ra hoặc hai sóng đó phân ly là triệt đốt thành công.

Triệt đốt đường phụ theo chiều xuôi: Áp dụng cho bệnh nhân có hội chứng WPW. Tiến hành thăm dò khi nhịp xoang hoặc khi kích thích nhĩ với tần số cố định. Tìm vị trí để sóng nhĩ xuất hiện trước sóng Delta khoảng 30 - 50ms. Khi thấy hết sóng Delta là triệt đốt thành công.

Triệt đốt đường chậm đối với AVNRT [8]: Điện cực đốt được đưa qua đường tĩnh mạch đùi vào vòng van 3 lá, triệt đốt đường chậm được tiến hành trong lúc nhịp xoang, hiệu quả sớm của việc đốt đường chậm được đánh giá dựa vào sự xuất hiện của nhịp bộ nối. Đốt thành công khi thăm dò không còn đường chậm và không gây được cơn nhịp nhanh.

Triệt đốt nhanh nhĩ [8]: Gây cơn nhịp nhanh nhĩ, xác định vị trí khử cực nhĩ sớm nhất và tiến hành triệt đốt. Triệt đốt coi là thành công khi kích thích nhĩ có chương trình không còn gây được cơn nhịp tim nhanh.

Triệt đốt cuồng nhĩ: Điện cực c đồ t được đưa qua đường tĩnh mạch đùi vào vòng van 3 lá, triệt đốt tại eo giữa van ba lá và tĩnh mạch chủ dưới, triệt đốt thành công khi tạo được block hai chiều tại vị trí eo này.

Triệt đốt rung nhĩ kịch phát: Lập bản đồ 3D, triệt đốt xung quanh 4 tĩnh mạch phổi. Triệt đốt thành công khi không còn dẫn truyền từ nhĩ vào tĩnh mạch phổi.

Theo dõi ngay sau thủ thuật: Nhằm xác định các tai biến kỹ thuật:

Tràn dịch màng tim.

Block nhĩ- thất.

Huyết khối tĩnh mạch, bóc tách động mạch chủ.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê Y học trên máy tính với phần mềm SPSS 18.0.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung và tỷ lệ các loại loạn nhịp của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Tỷ lệ về giới

Loại loạn nhịp	Giới	Số BN (n = 331)	Tỷ lệ%	p
Nhanh nhĩ	Nam	8	42,1	>0,05
	Nữ	11	57,9	
Nhịp nhanh nút nhĩ thất	Nam	21	20	<0,05
	Nữ	84	80	
Nhịp nhanh đường phụ ẩn	Nam	24	60	<0,05
	Nữ	16	40	
WPW	Nam	42	67,7	<0,05
	Nữ	20	22,3	
Rung nhĩ, cuồng nhĩ	Nam	13	81,3	<001
	Nữ	3	18,7	
Thăm dò nút xoang, điện sinh lý	Nam	57	58,2	<0,05
	Nữ	31	41,8	
Tổng	Nam	165	49,8	>0,05
	Nữ	166	50,2	

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới tương đương với tỷ lệ nữ. Tuy nhiên nếu xét riêng nhịp nhanh nút nhĩ thất thì tỷ lệ nữ cao hơn (80%), với nhịp nhanh đường phụ hoặc rung, cuồng nhĩ thì tỷ lệ nam nhiều hơn.

Bảng 2. Tỷ lệ các loại rối loạn nhịp trong nghiên cứu

Mặt bệnh	Số BN (n = 331)	Tỷ lệ %
Nhịp nhanh nút nhĩ thất	105	31,7
Đường phụ	75	22,6
- Nhịp nhanh đường phụ ẩn	40	12,1
- WPW có triệu chứng	35	10,6
WPW không triệu chứng	27	8,2
Nhanh nhĩ	19	5,7
Rung nhĩ	6	1,8
Cuồng nhĩ	10	3,1
Bệnh lý nút xoang	48	14,5
Thăm dò điện sinh lý	41	12,3

Nhận xét: Nhịp nhanh tại nút nhĩ thất chiếm tỷ lệ cao nhất (31,7%), cao hơn so với đường phụ (22,6%), ít nhất là rung nhĩ chiếm tỷ lệ 1,8%.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng sóng tần số radio

Thông số	Số BN (n = 331)	Tỷ lệ %	p
Điều trị RF	242	73,1	<0,001
Thăm dò	89	26,9	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng sóng tần số radio chiếm tỷ lệ (73,1%) cao hơn nhiều so với bệnh nhân chỉ thăm dò điện sinh lý.

Bảng 4. Kết quả thăm dò nút xoang và thăm dò điện sinh lý

Loại	Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %	p
Thăm dò nút xoang (n = 48)	Yếu nút xoang	16	33,3	<0,05
	Chức năng nút xoang bình thường	24	76,7	
Thăm dò điện sinh lý (n = 41)	Gây được cơn rối loạn nhịp	20	48,8	>0,05
	Không gây được cơn	21	51,2	

Nhận xét: Có 33,3% thăm dò có biểu hiện yếu nút xoang. Có 51,2 % BN gây được cơn loạn nhịp khi thăm dò điện sinh lý.

Bảng 5. Tỷ lệ về vị trí đường phụ của nhịp nhanh do đường phụ ẩn giấu và WPW

Loại nhịp nhanh	Vị trí	Số BN (n, %)	p
Đường phụ ẩn giấu (n = 40)	Bên trái	32 (80)	<0,01
	Bên phải	8 (20)	
WPW (n = 62)	Bên trái	29 (46,8)	>0,05
	Bên phải	33 (53,2)	

Nhận xét: Đối với nhịp nhanh đường phụ ẩn giấu thì tỷ lệ đường phụ bên trái (80%) nhiều hơn bên phải có ý nghĩa thống kê, với WPW thì tỷ lệ đường phụ ở hai bên là tương đương nhau.

3.2. Hiệu quả triệt đốt bằng sóng tần số Radio

Bảng 6. Tỷ lệ triệt đốt thành công

Loại loạn nhịp	Số BN (n = 242)	Thành công	Tỷ lệ %	
Nhịp nhanh tại nút nhĩ thất	105	104	99	
Đường phụ ẩn giấu	40	38	95	
WPW	Có triệu chứng	35	34	97,1
	Không triệu chứng	26	24	92,3
Nhanh nhĩ	19	13	68,4	
Rung nhĩ	6	5	83,3	
Cuồng nhĩ	10	7	70	

Nhận xét: Tỷ lệ triệt đốt thành công cao nhất đối với nhịp nhanh tại nút nhĩ thất (99%) và WPW có triệu chứng (97,1%), thấp nhất với nhanh nhĩ (68,4%).

Bảng 7. Các tai biến xảy ra với bệnh nhân được triệt đốt

Biến chứng	Loại tai biến	Số BN (n = 242)	Tỷ lệ %
Tai biến do kỹ thuật	Nghẽn nhĩ thất thoáng qua	4	1,6
	Nghẽn nhĩ thất cấp III không hồi phục	1	0,4
	Thủng vách liên nhĩ	1	0,4
	Bóc tách động mạch chủ	2	0,8
Tai biến sau kỹ thuật	Nhiễm khuẩn	1	0,4
	Huyết khối tĩnh mạch sâu	2	0,8
Tổng		8	4,0

Nhận xét: Block nhĩ thất độ cao không hồi phục phải cấy máy tạo nhịp gặp 0,4%. Bóc tách thành động mạch chủ và huyết khối tĩnh mạch sâu có tỷ lệ đều là 0,8%.

4. Bàn luận

Bảng 1 cho thấy, với nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất thì tỷ lệ nữ cao hơn, với nhịp nhanh đường phụ hoặc rung, cuồng nhĩ thì tỷ lệ nam nhiều hơn. Kết quả này giống với các nghiên cứu khác. Khi nghiên cứu nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất các tác giả đều thấy nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam, tác giả Trần Song Giang [2] thấy nữ chiếm tỷ lệ 71,3%. Nghiên cứu nhịp nhanh do WPW thì các nghiên cứu thấy tỷ lệ nữ tương đương với nam, Trần Văn Đồng [1] thấy tỷ lệ này đều là 50%, còn với hội chứng WPW trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ nam cao hơn nữ. Điều này được giải thích có lẽ là do nghiên cứu này tiến hành tại Bệnh viện quân đội nơi mà có tỷ lệ cao quân nhân đến khám và điều trị, mà trong số họ đa phần là nam giới.

Xét về tỷ lệ các loại nhịp nhanh kịch phát trên thất, Bảng 2 cho thấy nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất chiếm tỷ lệ cao nhất (31,7%), cao hơn so với đường phụ (22,6%), ít nhất là rung nhĩ nhĩ chiếm tỷ lệ 1,8%. Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều thấy với nhịp nhanh kịch phát trên thất thì nhịp nhanh nút nhĩ thất chiếm chủ yếu khoảng 50%, sau

đó mới đến nhịp nhanh do đường phụ và sau đó là nhanh nhĩ.

Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng RF chiếm tỷ lệ (73,1%) cao hơn nhiều so với bệnh nhân chỉ thăm dò điện sinh lý. Bảng 4 cho thấy có 33,3% thăm dò có biểu hiện yếu nút xoang. Những bệnh nhân được thăm dò của chúng tôi có lẽ là do phần lớn là do có biểu hiện nhịp chậm nhưng tuổi thường trung niên nên nhịp chậm là do cường phó giao cảm nên không có biểu hiện yếu nút xoang khi thăm dò điện sinh lý.

Có 51,2% BN gây được cơn loạn nhịp khi thăm dò điện sinh lý. Đối với nhịp nhanh đường phụ ẩn giấu thì tỷ lệ đường phụ bên trái (80%) nhiều hơn bên phải có ý nghĩa thống kê, với WPW thì tỷ lệ đường phụ ở hai bên là tương đương nhau. Kết quả này cũng tương tự với Trần Văn Đồng [1], tác giả cũng thấy đường dẫn truyền phụ hay gặp bên trái nhiều hơn (59,4%).

Bảng 6 cho thấy tỷ lệ triệt đốt thành công của nhịp nhanh nút nhĩ thất là 91,8%, tiếp theo là nhịp nhanh do WPW (91,7%), nhịp nhanh đường phụ ẩn (87,2%) và nhanh nhĩ (60%). Kết quả của chúng tôi thấp hơn một chút so với các tác giả khác, Phạm Quốc Khánh [3] cho thấy tỷ lệ thành công đối với nhịp nhanh kịch phát nói chung là 98%, Trần Văn Đồng [1] thông báo tỷ lệ 95,6% đối với nhịp nhanh đường phụ. Sở dĩ tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn một

chút, vì trong nhóm nghiên cứu có một tỷ lệ đường phụ ở vị trí bó His và vị trí thượng tâm mạc. Với vị trí His, chúng tôi chủ động không triệt đốt để tránh nguy cơ block nhĩ thất không hồi phục, còn với vị trí thượng tâm mạc, chúng tôi không tìm được vị trí chính xác để triệt đốt.

Bảng 7 cho thấy biến chứng block nhĩ thất độ cao không hồi phục phải cấy máy chiếm 0,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các tác giả Trần Văn Đồng (2%) [1]. Nghiên cứu của chúng tôi có 1,6% block nhĩ thất thoáng qua sau đó tự hồi phục, phần lớn ở nhóm bệnh nhân vòng vào lại nút nhĩ thất. Như vậy, trong triệt đốt cần hết sức chú ý, nếu thấy PQ dài dần thì dừng ngay để tránh biến chứng block nhĩ thất không hồi phục. Bóc tách thành động mạch chủ gặp 0,8%. Vì vậy, ở nhóm bệnh nhân khi triệt đốt đường phụ bên trái cần chú ý quan sát khi lái catheter triệt đốt trong lòng động mạch chủ. Huyết khối tĩnh mạch sâu có tỷ lệ là 0,8%.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 331 bệnh nhân rối loạn nhịp trên thất được thăm dò điện sinh lý và triệt đốt bằng sóng RF, chúng tôi rút ra nhận xét:

Đặc điểm nhân trắc và tỷ lệ các rối loạn nhịp trên thất

Tỷ lệ nam tương đương với tỷ lệ nữ, nhưng nhịp nhanh nút nhĩ thất thì tỷ lệ nữ cao hơn (80%).

Nhịp nhanh tại nút nhĩ thất chiếm tỷ lệ cao nhất (31,7%), tiếp theo là nhịp nhanh đường phụ (22,6%), ít nhất là rung nhĩ chiếm tỷ lệ 1,8%.

Đối với nhịp nhanh đường phụ ẩn giấu thì tỷ lệ bên trái là 80%, tỷ lệ bên phải là 20% khác biệt $p < 0,05$, với WPW thì tỷ lệ đường phụ ở hai bên là tương đương nhau.

Hiệu quả triệt đốt bằng sóng tần số Radio

Tỷ lệ triệt đốt thành công cao nhất đối với nhịp nhanh tại nút nhĩ thất (99%) và WPW có triệu chứng (97,1%), thấp nhất với nhịp nhanh nhĩ (68,4%).

Block nhĩ thất độ cao không hồi phục phải cấy máy tạo nhịp gặp 0,4%. Bóc tách thành động mạch chủ và huyết khối tĩnh mạch sâu có tỷ lệ đều là 0,8%.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Văn Đồng (2006) *Nghiên cứu điện sinh lý tim và điều trị hội chứng WPW bằng năng lượng sóng tần số radio*. Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà nội.
2. Trần Song Giang (2012) *Nghiên cứu đặc điểm điện sinh lý và điều trị nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất bằng năng lượng sóng có tần số Radio*. Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà nội.
3. Phạm Quốc Khánh (2002) *Nghiên cứu điện sinh lý học tim qua đường tĩnh mạch trong chẩn đoán và điều trị một số rối loạn nhịp tim*. Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà nội.
4. Tôn thất Minh (2004) *Khảo sát điện sinh lý và cắt đốt bằng năng lượng sóng có tần số Radio qua catheter để điều trị nhịp nhanh trên thất*. Luận án Tiến sỹ Y học.
5. Anderson RH, Ho SY (1994) *Anatomy of the AV node*. J cardiovasc Electrophysiol 5(3): 309-312.
6. Blomstrom C, Scheinman M, Aliot EM et al (2003) *ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with supraventricular arrhythmias*. J Am Coll Cardiol 42(8): 1493-1531.
7. Claude S, David Burkhardt et al (2001) *Basic EP study protocols*. Hand book of cardiac electrophysiology: 235-246.
8. Josephson M (2002) *Clinical cardiac electrophysiology techniques and interpretation*. Lippincott William and Wilkins.