

hóa chất bước 1 Pemetrexed – cisplatin. Tạp chí ung thư học Việt Nam.

8. Li, P., et al. (2013). "Different-dose docetaxel plus cisplatin as first-line chemotherapy and then

maintenance therapy with single-agent docetaxel for advanced non-small cell lung cancer (TFINE study, C-TONG 0904)." Journal of Clinical Oncology 31: 8015-8015.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG CÓ KHÁNG THỂ ANTI-SMITH DƯƠNG TÍNH

Nguyễn Thị Liên¹, Phạm Thị Vân Anh¹, Hoàng Thị Lâm^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống có kháng thể anti-Smith dương tính. **Phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 118 bệnh nhân được chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống theo tiêu chuẩn SLICC 2012 điều trị tại Trung Tâm Dị Ứng Miễn Dịch Lâm Sàng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2020 đến tháng 9/2021. **Kết quả:** 51.7% bệnh nhân có kháng thể anti-Smith dương tính; tập trung chủ yếu trong độ tuổi sinh đẻ; tỷ lệ nữ/nam là 9.7:1; tuổi trung bình là 31.53 ± 11.786 tuổi. Kháng thể anti-Smith dương tính liên quan đến giảm bổ thể C4 (p<0.001); không liên quan đến ban da cấp tính (p=0.057), loét niêm mạc (p=0.103), viêm khớp (p=0.374), tràn dịch màng tim (p=0.243), tràn dịch màng phổi (p=0.426), viêm khớp (p=0.374), tổn thương thận ở mức viêm cầu thận hoặc hội chứng thận hư (p=0.579), giảm bạch cầu (p=0.582), giảm tiểu cầu (p=0.347), giảm bổ thể C3 (p=0.078) và kháng thể kháng chuỗi kép dsDNA dương tính (p=0.187). Điểm SLEDAI trung bình ở hai nhóm dương tính và âm tính (lần lượt là 13.39 ± 5.499 và 12.95 ± 6.659) không có sự khác biệt với p=0.691. **Kết luận:** Có mối liên quan giữa kháng thể anti-Smith dương tính với giảm nồng độ bổ thể và hiện tượng Raynaud. Chưa thấy mối liên quan giữa kháng thể anti-Smith với mức độ hoạt động bệnh và tổn thương các cơ quan ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống.

Từ khóa: Lupus ban đỏ hệ thống, kháng thể anti-Smith, biểu hiện lâm sàng, tổn thương cơ quan, SLEDAI.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS WITH POSITIVE ANTI-SMITH ANTIBODY

Systemic lupus erythematosus (SLE) is the most common systemic autoimmune disease that predominantly affects women of reproductive age. The hallmark of SLE is the excessive production of pathogenic antibodies recognizing self-antigens and

the formation of antigen-antibody complexes that trigger the immune response to cause multiple organ injuries. Anti-Smith antibodies are directed against seven snRNPs proteins. The specificity of anti-Smith antibodies for classification of SLE reached 90% in a previous study. **Objectives:** This study describes the clinical and laboratory characteristics of patients with systemic lupus erythematosus with anti-Smith antibody positive. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 118 patients diagnosed with systemic lupus erythematosus according to SLICC 2012 criteria who were treated at the center of Allergology and Clinical Immunology, Bach Mai hospital from July 2020 to September 2021. **Results:** 51.7% of patients had positive anti-Smith antibodies; concentrated mainly in the childbearing age; female/male ratio was 9.7:1; mean age was 31.53 ± 11.786 years old. Positive anti-Smith antibodies were associated with decreased complement C4 (p<0.001); not associated with acute skin rash (p=0.057), mucosal ulceration (p=0.103), arthritis (p=0.374), pericardial effusion (p=0.243), pleural effusion (p=0.426), arthritis (p=0.374), kidney damage at the level of glomerulonephritis or nephrotic syndrome (p=0.579), leukopenia (p=0.582), thrombocytopenia (p=0.347), C3 deficiency (p=0.347; p=0.078) and positive anti-dsDNA double-stranded antibody (p=0.187). (r=0.076; p=0.207). The mean of SLEDAI score in the two groups with or without anti-Smith (13.39 ± 5.499 and 12.95 ± 6.659, respectively) had no difference with p=0.691. **Conclusion:** There was an association between anti-Smith antibody positive with decreased complement concentration and Raynaud phenomenon and no correlation between anti-Smith antibody and SLEDAI score and some organ damage in patients with SLE.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, Anti-Smith antibodies, Clinical manifestations, Disease damage, SLEDAI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus – SLE) là bệnh lý tự miễn phổ biến nhất trong các bệnh hệ thống, ước tính khoảng 5,8 đến 130 người mắc trên 100.000 dân[1]. SLE gặp tần suất cao hơn ở nữ giới, thay đổi giữa các quốc gia và chủng tộc, gặp chủ yếu trong độ tuổi sinh sản từ 20-40 tuổi. Đây là một bệnh tự miễn mạn tính không rõ nguyên nhân có thể ảnh hưởng đến bất kì cơ quan nào của cơ thể. Do vậy, biểu hiện lâm sàng của SLE rất đa

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Liên

Email: lien ydk2013@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.10.2021

Ngày duyệt bài: 12.11.2021

dạng, từ các tổn thương nhẹ như ban da, rụng tóc, đau cơ, đau khớp đến các tổn thương nặng đe dọa tính mạng như thiếu máu, xuất huyết giảm tiểu cầu, viêm cầu thận, hội chứng thận hư, tràn dịch đa màng, động kinh,...[2]

Hiện nay có hơn 180 tự kháng thể được tìm thấy ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống[3]. Trong đó, kháng thể anti-Smith là một trong những kháng thể quan trọng và có giá trị trong chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống và đã được đưa vào một số tiêu chuẩn chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống như tiêu chuẩn chẩn đoán ACR 1997, tiêu chuẩn SLICC 2012, tiêu chí phân loại EULAR/ACR 2019. Trên thế giới còn nhiều tranh cãi về mối liên quan giữa kháng thể anti-Smith với mức độ hoạt động bệnh cũng như tổn thương các cơ quan nội tạng. Một số nghiên cứu cho rằng sự có mặt của kháng thể anti-Smith có liên quan đến tổn thương thận, thần kinh,... cũng như mức độ hoạt động bệnh[4], trong khi một số nghiên cứu khác lại không tìm thấy mối liên quan này.

Ở Việt Nam hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu về kháng thể anti-Smith ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống có kháng thể anti-Smith dương tính"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên bệnh nhân SLE được chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2020 đến tháng 9/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn của chúng tôi là các bệnh nhân được chẩn đoán SLE khi có ≥ 4 tiêu chuẩn (ít nhất một tiêu chuẩn lâm sàng và một tiêu chuẩn miễn dịch) hoặc bệnh thận lupus được chứng minh trên sinh thiết thận kèm với ANA hoặc anti-dsDNA theo tiêu chuẩn SLICC 2012.

Tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu bao gồm: bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng overlap, mô liên kết hỗn hợp hoặc mắc các bệnh lý ác tính đi kèm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trong thời

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Bệnh nhân nghiên cứu (n=118)		Nhóm BNNC có kháng thể anti-Smith dương tính	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ%
<16	2	1.7	0	0

gian nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng trong đó có kháng thể anti-Sm được đo bằng phương pháp ELISA tại Labo xét nghiệm trung tâm Dị ứng- Miễn dịch lâm sàng – bệnh viện Bạch Mai.

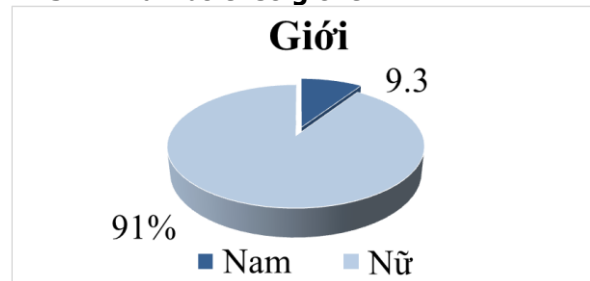
2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được nhập, quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Sử dụng các thuật toán tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, kiểm định "Khi bình phương", Fisher's test.

2.4. Đạo đức nghiên cứu trong y học: Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học trước khi triển khai. Đối tượng được thông báo rõ mục đích nghiên cứu, giải thích rõ về việc tham gia trên tinh thần tự nguyện. Chỉ những bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu mới được đưa vào nghiên cứu. Các đối tượng tham gia có quyền rút lui tại bất cứ thời điểm nào và từ chối trả lời bất cứ câu hỏi nào của nghiên cứu mà không bị phân biệt đối xử.

Các thông tin cá nhân thu thập được mã hoá khi nhập vào máy tính và được giữ bí mật, chỉ nhóm nghiên cứu được tiếp cận với các thông tin và số liệu của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố theo giới tính



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Nghiên cứu có 107 bệnh nhân nữ và 11 bệnh nhân nam. Các bệnh nhân nữ chiếm phần lớn nhóm bệnh nhân nghiên cứu với tỷ lệ nữ/nam là 9.7:1. Tỷ lệ nam và nữ trong nghiên cứu khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$ theo kiểm định khi bình phương.

3.2. Tuổi

16-25	37	31.4	18	29.5
26-45	64	54.2	37	60.7
>45	15	12.7	6	9.8
Tổng	118	100	61	100
X ± SD	31.53±11.786		31.51±11.186	

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là dưới 45 tuổi với tỷ lệ 84%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 31.53 ± 11.786 tuổi.

Với nhóm bệnh nhân nghiên cứu có kháng thể anti-Smith dương tính, nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là dưới 45 tuổi với tỷ lệ 90.3% và tuổi trung bình của 61 bệnh nhân này là 31.51±

11.186 tuổi.

Trong nghiên cứu này, khác biệt về tuổi của hai nhóm bệnh nhân có kháng thể anti-Smith dương tính và âm tính không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% (p= 0.987).

3.3. Kháng thể anti-Sm dương tính và một số biểu hiện lâm sàng, đặc điểm miễn dịch ở bệnh nhân SLE

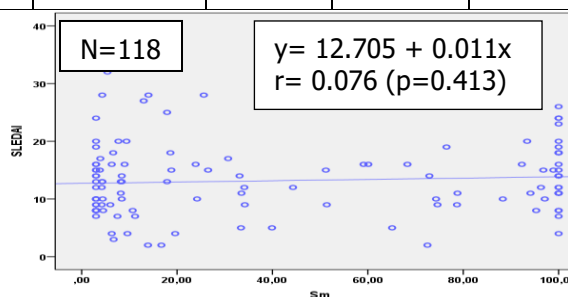
Bảng 3.2. Các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng

Biểu hiện/thông số	Kháng thể anti-Sm dương tính (>18)		Kháng thể anti-Sm âm tính (<=18)		p	OR	
	Số BN (n=61)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n=57)	Tỷ lệ (%)			
Ban da cấp	20	32.8	10	17.5	0.057	2.293	
Loét niêm mạc	7	11.5	2	3.5	0.165	3.565	
Raynaud	19	31.1	4	7.0	0.001	5.994	
Tràn dịch màng tim	30/57	52.6	22/53	41.5	0.243	1.566	
Tràn dịch màng phổi	19	31.1	14	24.6	0.426	1.389	
Viêm khớp	26	43.3	19	35.2	0.374	1.409	
Tổn thương thận	34/54	63.0	30/52	57.7	0.579	1.247	
Giảm bạch cầu	12	19.7	9	15.8	0.582	1.306	
Giảm tiểu cầu	9	14.8	12	21.4	0.347	0.635	
Bổ thể	Giảm C3(%)	60	98.4	52	91.2	0.078	0.173
	Giảm C4(%)	46	75.4	25	43.9	<0.001	0.255
Kháng thể kháng chuỗi kép dsDNA(%)	51	83.6	42	73.7	0.187	1.821	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về các biểu hiện lâm sàng cũng như xét nghiệm ở hai nhóm bệnh nhân có kháng thể anti-Sm âm tính và dương tính, bao gồm: ban da cấp tính (p=0.057), loét niêm mạc (p=0.103), viêm khớp (p=0.374), tràn dịch màng tim (p=0.243), tràn dịch màng phổi (p=0.426), viêm khớp (p=), tổn thương thận ở mức viêm cầu thận hoặc hội chứng thận hư (p=0.579), giảm bạch cầu (p=0.582), giảm tiểu cầu (p=0.347), giảm bổ thể C3 (p=0.078) và kháng thể kháng chuỗi kép dsDNA dương tính (p=0.187). Với sự giảm nồng độ bổ thể C4 trong huyết thanh và hiện tượng Raynaud, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở hai nhóm bệnh nhân này (p<0.001).

3.4. Liên quan giữa kháng thể anti-Sm dương tính và mức độ hoạt động bệnh ở bệnh nhân SLE

Không có mối tương quan tuyến tính giữa điểm SLEDAI với nồng độ kháng thể anti-Sm (r=0.076; p=0.207)



Biểu đồ 3.2. Tương quan giữa nồng độ kháng thể anti-Sm với điểm SLEDAI

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi có 61 bệnh nhân có kháng thể anti-Sm dương tính và 57 bệnh nhân có kháng thể anti-Sm âm tính. Trong đó tập trung chủ yếu ở nhóm bệnh hoạt động mức độ nặng (70.5% ở nhóm bệnh nhân có kháng thể anti-Sm dương tính và 54.4% ở nhóm kháng thể anti-Sm âm tính). Điểm SLEDAI trung bình ở hai nhóm dương tính và âm tính (lần lượt là 13.39± 5.499 và 12.95 ± 6.659) khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0.691.

Bảng 3.3. Kháng thể anti-Sm và thang điểm SLEDAI

Chỉ số SLEDAI	Kháng thể anti-Sm dương tính (>18)		Kháng thể anti-Sm âm tính (<=18)	
	Số BN (n=61)	Tỷ lệ(%)	Số BN (n=57)	Tỷ lệ(%)
0	0	0	0	0
< 5	3	4.9	5	8.8
5-10	15	24.6	21	36.8
>10	43	70.5	31	54.4
X ± SD	13.39 ± 5.499		12.95 ± 6.659	

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi và giới của nhóm nghiên cứu. Nghiên cứu có 90.7% bệnh nhân là nữ và nam giới chỉ chiếm 9.3%, tỉ lệ nữ/nam là 9.7:1 với độ tuổi trung bình là 31.53 và tập trung chủ yếu trong độ tuổi sinh đẻ. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong nước: Nguyễn Văn Toàn[5], Đặng Thu Hương[6], Nguyễn Hữu Trường[7]. Nguyên nhân sự khác biệt này được cho là do vai trò quan trọng của các nội tiết tố đặc biệt là hormone giới tính nữ trong sinh bệnh học lupus ban đỏ hệ thống.

4.2. Kháng thể anti-Sm dương tính và một số biểu hiện lâm sàng, đặc điểm miễn dịch ở bệnh nhân SLE. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 118 bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống, trong đó có 61 bệnh nhân có kháng thể anti-Sm dương tính >18UI/ml (chiếm 51.7%) và 57 bệnh nhân có kháng thể anti-Sm âm tính (48.3%). Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về các đặc điểm lâm sàng hay cận lâm sàng ($p > 0.05$), trừ nồng độ bổ thể C4 ($p < 0.05$) trong huyết thanh và hiện tượng Raynaud ($p < 0.05$) ở hai nhóm bệnh nhân có kháng thể anti-Smith dương tính và nhóm bệnh nhân có kháng thể anti-Smith âm tính. Tại Việt Nam, Lê Hữu Doanh trong nghiên cứu trên 187 bệnh nhân SLE điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 05/2013 đến tháng 12/2014 cho thấy tỉ lệ có tổn thương nội tạng của nhóm bệnh nhân có anti-Sm là 37.93%, cao hơn nhóm bệnh nhân không có anti-Sm (17.83%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.003$ [8]. Trong nghiên cứu thuần tập PROFILE năm 2015 trên 2322 bệnh nhân đa sắc tộc tại Hoa Kỳ, kháng thể anti-Sm dương tính ở 579 bệnh nhân (chiếm 24.9%), kết quả phân tích đa biến cho thấy kháng thể kháng Sm có liên quan đáng kể đến viêm thanh mạc, tổn thương thận, giảm bạch cầu và hiện tượng Raynaud[4]. Sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

4.3. Liên quan giữa kháng thể anti-Sm dương tính và mức độ hoạt động bệnh ở bệnh nhân SLE. Mức độ hoạt động bệnh lupus

ban đỏ hệ thống có vai trò quan trọng trong chiến lược điều trị cũng như tiên lượng bệnh. Có rất nhiều thang điểm để đánh giá mức độ hoạt động bệnh SLE, mỗi thang điểm đánh giá đều có những ưu điểm và hạn chế riêng, trong đó thang điểm SLEDAI-2K là thang điểm đánh giá đơn giản, dễ áp dụng, đánh giá được tổng thể tình trạng hoạt động bệnh dựa trên các dấu hiệu về lâm sàng và cận lâm sàng. Mỗi liên quan giữa kháng thể anti-Sm với mức độ hoạt động và tổn thương các cơ quan ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống được khảo sát trong một vài nghiên cứu với kết quả còn nhiều tranh cãi. Theo Lê Hữu Doanh, điểm SLEDAI trung bình của nhóm bệnh nhân có kháng thể anti-Sm là 8.60 ± 4.90 , cao hơn nhóm âm tính với kháng thể là 5.84 ± 3.28 , khác biệt có ý nghĩa thống kê. Một số nghiên cứu cho thấy điểm SLEDAI cao hơn trong nhóm bệnh nhân có kháng thể anti-Sm dương tính[8]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm SLEDAI trung bình ở hai nhóm kháng thể anti-Sm dương tính và âm tính (lần lượt là 13.39 ± 5.499 và 12.95 ± 6.659) khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.691$. Điểm SLEDAI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Lê Hữu Doanh, điều này có thể được lí giải rằng đặc điểm bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Da liễu trung ương thường biểu hiện ở da, biểu hiện cơ quan nội tạng nhẹ hơn tại Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, do đó tổng điểm SLEDAI thấp hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy không có mối tương quan tuyến tính giữa điểm SLEDAI và nồng độ kháng thể anti-Sm ($r = 0.076$; $p = 0.413$).

V. KẾT LUẬN

- Kháng thể anti-Smith gặp ở 51.9% bệnh nhân SLE, chủ yếu tập trung trong độ tuổi sinh sản.
- Có mối liên quan giữa kháng thể anti-Sm dương tính với giảm nồng độ bổ thể và hiện tượng Raynaud.
- Chưa thấy mối liên quan giữa kháng thể anti-Sm với mức độ hoạt động bệnh và tổn thương các cơ quan ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. Jarukitsopa et al.**, "Epidemiology of systemic lupus erythematosus and cutaneous lupus erythematosus in a predominantly white population in the United States", *Arthritis Care Res.*, 67(6), 2015, tr 817–828.
2. **J. M. Gill, A. M. Quisel, P. V. Rocca, D. T. Walters**, "Diagnosis of systemic lupus erythematosus", *Am. Fam. Physician*, 68(11), 2003, tr 2179–2186.
3. **G. Yaniv et al.**, "A volcanic explosion of autoantibodies in systemic lupus erythematosus: a diversity of 180 different antibodies found in SLE patients", *Autoimmun. Rev.*, 14(1), 2015, tr 75–79.
4. **M. Arroyo-Avila et al.**, "Clinical associations of anti-Smith antibodies in PROFILE: a multi-ethnic lupus cohort", *Clin. Rheumatol.*, 34(7), 2015, tr 1217–1223.
5. **Nguyễn Văn Toàn**, "Áp dụng thang điểm SLEDAI trong tiên lượng bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống tại khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch Mai", Luận Văn Thạc sĩ Y Học, trường Đại học Y Hà Nội, 2011.
6. **Đặng Thu Hương, Nguyễn Tất Thắng**, "Tỉ lệ kháng thể kháng nucleosome trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống-Mối tương quan giữa kháng thể kháng nucleosome với ANA, anti-dsDNA và độ hoạt động của bệnh", *Tạp chí Y Học TP.Hồ Chí Minh*, *Tạp chí Y Học TP.Hồ Chí Minh*, 2013, tr 294–300.
7. **Nguyễn Hữu Trường**, "Nghiên cứu mối tương quan giữa mức độ hoạt động bệnh với một số tự kháng thể trong lupus ban đỏ hệ thống", Luận án Tiến sĩ Y Học, trường Đại học Y Hà Nội, 2017.
8. **Lê Hữu Doanh, Cần Huyền Hân**, "Mối liên quan giữa kháng thể kháng Smith với mức độ nặng của bệnh lupus ban đỏ hệ thống", *TCNCYH 98*, 2015, tr 31–36.

CHỈ SỐ V3R/V7 TRONG XÁC ĐỊNH VỊ TRÍ KHỞI PHÁT NGOẠI TÂM THU THẤT CÓ NGUỒN GỐC TỪ ĐƯỜNG RA THẤT TRÁI VÀ ĐƯỜNG RA THẤT PHẢI

Phon Phaly¹, Trần Văn Đồng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vị trí khởi phát NNTT từ ĐRTT dẫn truyền điện thế về phía V3R rõ hơn và ĐRTP dẫn truyền điện thế về V7 rõ hơn. Do đó, việc sử dụng kết hợp tỷ lệ sóng R ở V3R và V7 có thể cải thiện sự phân biệt giữa nguồn gốc khởi phát ĐRTP và ĐRTT. **Mục tiêu:** Nhận xét giá trị chẩn đoán của chỉ số V3R/V7 trong dự đoán vị trí khởi phát của rối loạn nhịp thất từ đường ra thất trái và đường ra thất phải. **Đối tượng & phương pháp:** 58 bệnh nhân ngoại tâm thu thất vô căn có chỉ định thăm dò điện sinh lý xét RFCA theo khuyến cáo của ACC/AHA/ESC năm 2006, khuyến cáo của ESC năm 2015 và đồng thuận chuyên gia của EHRA/HRS năm 2009. **Kết quả:** Phần lớn các NNTT khởi phát ĐRTP (74,1%), tuổi trung bình 50,5 tuổi, tỉ lệ nữ cao hơn so với nam (69,0% so với 31,0%). Chỉ số V3R/V7 có giá trị tốt trong chẩn đoán phân biệt NNTT khởi phát ĐRTP và ĐRTT với diện tích dưới đường cong là 0,80 (0,62-0,97). Với giá trị V3R/V7 \geq 0,73; được chẩn đoán NNTT khởi phát đường ra thất trái với độ nhạy 66,7% và độ đặc hiệu 100%. **Kết luận:** Chỉ số V3R/V7 có giá trị tốt trong chẩn đoán phân biệt NNTT đường ra thất phải và đường ra thất trái.

Từ khóa: Ngoại tâm thu thất, đường ra thất phải, đường ra thất trái, V3R/V7.

SUMMARY

V_{3R}/V₇ INDEX FOR DIFFERENTIATING

¹Bệnh viện Presh Ket Melea (Vương quốc Campuchia)

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phon Phaly

Email: drphonphaly22@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2021

Ngày duyệt bài: 9.11.2021

LEFT FROM RIGHT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT ARRHYTHMIAS ORIGINS

Background: The site of origin of ventricular arrhythmias (VAs) from the left ventricular-outflow tract (LV-OT) conducts the potential to V3R more clearly, and the RV-OT conducts the potential to V7 more clearly. Therefore, the combined use of R-wave ratios in V3R and V7 could improve the distinction between the origin of RV-OT and LV-OT. **Objectives:** To evaluate the diagnostic value of the V3R/V7 index in predicting the origin of ventricular arrhythmias from the LV-OT and the RV-OT. **Subjects & methods:** 58 patients of idiopathic ventricular arrhythmias with indications for electrophysiological testing (RFCA) as recommended by ACC/AHA/ESC in 2006, ESC recommendations in 2015 and expert consensus by EHRA/HRS in 2009. **Results:** Majority of patients VAs with origin of RV-OT (74.1%), average age is 50.5 years old, the rate of female is higher than that of male (69.0% vs 31.0%). The V3R/V7 index has good value in the differential diagnosis of VAs with origin of RV-OT and LV-OT with the area under the curve (UAC) of 0.80 (0.62-0.97). With value V3R/V7 \geq 0.73; diagnosed with LV-OT with origin of left ventricular outflow tract with a sensitivity of 66.7% and a specificity of 100%. **Conclusion:** V3R/V7 index has good value in differential diagnosis of right ventricular outflow tract and left ventricular outflow tract.

Keywords: Ventricular arrhythmias, right ventricular outflow tract, left ventricular outflow tract, V3R/V7 index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngoại tâm thu thất (NNTT) là rối loạn nhịp tim phổ biến, bệnh gặp cả người khỏe mạnh và tăng cao ở trên những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch¹. Mối quan hệ giải phẫu giữa NNTT vị trí