

2. **Falkson G, Gelman RS, Tormey DC, Cummings FJ, Carbone PP, Falkson HC.** The Eastern Cooperative Oncology Group experience with cyclophosphamide, adriamycin, and 5-fluorouracil (CAF) in patients with metastatic breast cancer. *Cancer.* 1985;56(2):219-224. doi:10.1002/1097-0142(19850715)56:2<219::aid-cncr2820560202>3.0.co;2-q
3. **Tranum BL, McDonald B, Thigpen T, et al.** Adriamycin combinations in advanced breast cancer. A Southwest Oncology Group Study. *Cancer.* 1982;49(5):835-839. doi:10.1002/1097-0142(19820301)49:5<835::aid-cncr2820490502>3.0.co;2-z
4. **Taylor SG, Gelber RD.** Experience of the Eastern Cooperative Oncology Group with doxorubicin as a single agent in patients with previously untreated breast cancer. *Cancer Treat Rep.* 1982; 66(7): 1594-1595.
5. **Trần Văn Thuận.** Đánh giá kết quả điều trị bổ trợ hóa chất phác đồ Adriamycin-Cyclophosphamid kết hợp với điều trị nội tiết trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III. Luận văn tiến sỹ; 2005.
6. **Lê Thị Sương.** Đánh giá kết quả điều trị bổ trợ ung thư vú giai đoạn II-III bằng phác đồ 4AC-4D Luận văn thạc sỹ; 2017.
7. **Tạ Văn Tờ.** Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú. Luận văn Tiến sỹ Y học; 2004.
8. **Lý Thị Thu Hiền.** Đánh giá hiệu quả điều trị bổ trợ phác đồ 4AC- 4D trên bệnh nhân ung thư vú có bộ ba âm , Luận văn thạc sỹ; 2018.
9. **Đỗ Thị Kim Anh.** Đánh giá kết quả hóa chất bổ trợ phác đồ 4AC-4P trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III tại bệnh viện K luận văn thạc sỹ; 2008.

TÌM HIỂU VAI TRÒ CỦA TỶ LỆ SV2/RV3 TRÊN ĐIỆN TÂM ĐỒ TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT NGOẠI TÂM THU THẤT CÓ NGUỒN GỐC ĐƯỜNG RA THẤT PHẢI VÀ ĐƯỜNG RA THẤT TRÁI

TÓM TẮT

Các rối loạn nhịp thất trên người không có bệnh tim thực tổn, hay còn được gọi là các rối loạn nhịp thất vô căn (idiopathic ventricular arrhythmias), đa phần đều khởi phát từ đường ra tâm thất. Phân biệt ngoại tâm thu thất từ đường ra thất phải và đường ra thất trái chẩn đoán còn khó khăn, đặc biệt là rối loạn nhịp thất có dạng block nhánh trái với chuyển tiếp tại V3. Mục tiêu của nghiên cứu chúng tôi là: mô tả các đặc điểm điện tâm đồ bề mặt của ngoại tâm thu thất có nguồn gốc từ đường ra thất phải và đường ra thất trái; đồng thời tìm hiểu vai trò của tỷ lệ SV2/RV3 trên điện tâm đồ bề mặt trong chẩn đoán phân biệt ngoại tâm thu thất có nguồn gốc ở đường ra thất phải và đường ra thất trái. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang 150 bệnh nhân ngoại tâm thu thất không có bệnh tim thực tổn và có chỉ định thăm dò điện sinh lý và điều trị RF. **Kết quả nghiên cứu:** chúng tôi tiến hành nghiên cứu 150 bệnh nhân có ngoại tâm thu thất dạng block nhánh trái đã được thăm dò điện sinh lý và triệt đốt RF thành công ở đường ra thất phải (ĐRTP; n=110) hoặc đường ra thất trái (ĐRTT; n= 40). Các kích thước biên độ sóng được đo đạc bằng thước cặp điện tử. Tỷ lệ SV2/RV3 chính là biên độ sóng S ở chuyển đạo V2 chia cho biên độ sóng R ở chuyển đạo V3 của nhịp ngoại tâm thu thất. Kết quả chỉ số SV2/RV3 ở đường

Nguyễn Thị Lan Anh*, Phạm Trần Linh**

ra thất trái nhỏ hơn đáng kể so với đường ra thất phải có ý nghĩa thống kê ($1,23 \pm 0,78$ so với $6,07 \pm 6,32$ và $p < 0,001$). Diện tích dưới đường cong (AUC) cho chỉ số SV2/RV3 là 0,934, với giá trị tới hạn là $\leq 1,6$ dự đoán ngoại tâm thu thất đường ra thất trái với độ nhạy 90,9% và độ đặc hiệu là 80%. Khi so sánh chỉ số này với 1 số các chỉ số khác ở cả nhóm bệnh nhân nghiên cứu và nhóm bệnh nhân có chuyển tiếp tại V3 chúng tôi nhận thấy chỉ số của chúng tôi cho kết quả cao nhất về giá trị dưới đường cong ROC và độ nhạy, độ đặc hiệu. Chỉ số này còn rất có giá trị ứng dụng lâm sàng cho các nhà nhịp học do tính toán khá dễ dàng và nhanh chóng chỉ với điện tâm đồ thường quy 12 chuyển đạo. **Kết luận:** Chỉ số tỷ lệ SV2/RV3 rất có giá trị trong chẩn đoán phân biệt ngoại tâm thu thất đường ra thất trái và đường ra thất phải, hữu dụng trên thực hành lâm sàng cho các bác sỹ nhịp học.

Từ khóa: Ngoại tâm thu thất, Ngoại tâm thu thất đường ra thất, Điện sinh lý.

SUMMARY

ROLE OF ELECTROCARDIOGRAPHIC SV2/RV3 RATIO IN DIFERENTIAL DIAGNISIS OF VENTRICULAR EXTRASYSTOLE ORIGINATING FROM RIGHT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT AND LEFT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT

Introduction: Ventricular arrhythmias in humans without structural heart disease, also known as idiopathic ventricular arrhythmias, mostly originate in the ventricular outflow tract. Distinguishing ventricular extrasystoles from right ventricular outflow tract or left ventricular outflow tract remains challenging, especially in the form of ventricular arrhythmias with left bundle branch block with transition at V3. The

*Bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội,

**Viện Tim mạch Việt Nam-Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lan Anh
Email: lananhnghuyenthi0502@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2021

Ngày duyệt bài: 15.10.2021

objectives of our study were: to describe the surface electrocardiographic features of ventricular extrasystoles originating from right ventricular outflow tract and from left ventricular outflow tract; and also explore the role of SV2/RV3 ratio on surface electrocardiogram in differential diagnosis of ventricular extrasystoles originating in left ventricular outflow tract and right ventricular outflow tract. **Methods:** cross-sectional description of 150 patients with ventricular extrasystoles without structural heart disease having indications for electrophysiology study and RF ablation. **Results:** We conducted a study of 150 patients with left bundle branch block type ventricular extrasystoles who underwent electrophysiology study and successful RF ablation in the right ventricular outflow tract (RVOT; n=110) or left ventricular outflow tract (LVOT; n= 40). The wave amplitude sizes were measured with an electronic caliper. The SV2/RV3 ratio is the S wave amplitude in lead V2 divided by the R wave amplitude in lead V3 of a ventricular ectopic beat. The results of SV2/RV3 index in the left ventricular outflow tract were statistically significant smaller than in the right ventricular outflow tract (1.23 ± 0.78 versus 6.07 ± 6.32 and $p < 0.001$). The area under the curve (AUC) for the SV2/RV3 index was 0.934, with a critical value of ≤ 1.6 predicting left ventricular outflow tract extrasystoles with a sensitivity of 90.9 % and a specificity of 80. %. When comparing this index with a number of other indices in both the study group and the group of patients with transition at V3, we found that our index gives the highest result in terms of the value under the ROC curve and sensitivity and specificity. This index is also of great value in clinical applications for pacifiers because it is relatively easy and quick to calculate with only a 12-lead routine electrocardiogram. **Conclusion:** The SV2/RV3 ratio is very valuable in the differential diagnosis of left ventricular outflow tract and right ventricular outflow tract extrasystoles, and is useful in clinical practice for pacing physicians.

Key words: ventricular extrasystole, left ventricular outflow tract.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngoại tâm thu thất là rối loạn nhịp tim khá thường gặp¹. Phân biệt ngoại tâm thu thất từ đường ra thất phải và đường ra thất trái thường dựa vào đặc điểm chuyển tiếp R/S của các

chuyển đạo trước tim, tuy nhiên chẩn đoán còn khó khăn giữa 2 dạng này, đặc biệt là rối loạn nhịp thất có dạng block nhánh trái với chuyển tiếp tại V3². Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu:

1. *Mô tả các đặc điểm điện tâm đồ bề mặt của ngoại tâm thu thất có nguồn gốc từ đường ra thất phải và đường ra thất trái.*

2. *Tìm hiểu vai trò của tỷ lệ SV2/RV3 trên điện tâm đồ bề mặt trong chẩn đoán phân biệt ngoại tâm thu thất có nguồn gốc ở đường ra thất trái và đường ra thất phải.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu là:** 150 bệnh nhân có ngoại tâm thu thất vô căn dạng block nhánh trái đã được triệt đốt RF tại Viện Tim Mạch Bạch Mai từ tháng 8 năm 2020 đến 8 năm 2021.

- **Phương pháp nghiên cứu là:** nghiên cứu cắt ngang 150 bệnh nhân có ngoại tâm thu thất vô căn dạng block nhánh trái, được thăm dò điện sinh lý và triệt đốt RF thành công xác định vị trí ổ ngoại tâm thu. Từ đó đối tượng được chia vào 2 nhóm ngoại tâm thu ở đường ra thất trái và đường ra thất phải. Các biên độ, thời gian sóng điện tâm đồ của nhịp xoang và ngoại tâm thu thất được đo đạc bằng thước cặp điện tử, đơn vị mV và ms, từ đó tính toán các thông số sau:

+ Chỉ số tỷ lệ SV2/RV3: được tính bằng biên độ sóng S tại chuyển đạo V2 chia cho biên độ sóng R tại chuyển đạo V3.

+ Chỉ số thời gian sóng R, chỉ số biên độ sóng R, TZ index, chỉ số chuyển tiếp tại V2(V3).

+ Sử dụng thuật toán đường cong ROC để tính toán diện tích dưới đường cong (AUC), tìm điểm cut-off, xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của tiêu chuẩn SV2/RV3 để phân biệt ngoại tâm thu thất đường ra thất trái và đường ra thất phải, so sánh với các tiêu chuẩn khác.

-**Xử lý số liệu:** Số liệu thống kê được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

3.1.1. Đặc điểm chung:

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

		Nhóm chung (N=150)	ĐRTP (n= 110)	ĐRTT (n=40)	P Value *
Thể lâm sàng (%)		100	73,3	26,7	<0,001
Giới	Nam	46 (30,7%)	31 (28,2%)	15 (37,5%)	0,026
	Nữ	104 (69,3%)	79 (71,8%)	25 (62,5%)	<0,001
Tuổi trung bình (năm)		50 ± 15	47 ± 14	59 ± 12	<0,001
Tần số tim lúc nghỉ		77,4 ± 11,8	77,2 ± 11,67	78,03 ± 12,24	0,706

Huyết áp tâm thu		129,37 ± 15,4	126,1 ± 14,3	137,9 ± 15,1	<0,001
Huyết áp tâm trương		76 ± 9,3	74,87 ± 9,2	79,13 ± 9,1	0,013
Triệu chứng lâm sàng	Trống ngực	108 (72%)	81 (73,6%)	27(67,5%)	0,538
	Tức ngực	58(38,7%)	41(37,3%)	17(42,5%)	0,561
	Mệt mỏi	27 (18%)	20(18,2%)	7(17,5%)	0,903
EF (%)		61,25 ± 5,9	60,95 ± 6,1	62,05 ± 5,4	0,320
EAT (ms)		28,1 ± 5,5	28 ± 5,1	28,5 ± 6,4	0,605
Số lần triệt đốt (lần)		8,3 ± 5,2	8,5 ± 5,3	7,7 ± 5,1	0,400
Thời gian đốt (phút)		8,67 ± 5,03	9,19 ± 5,26	7,24 ± 4,1	0,036

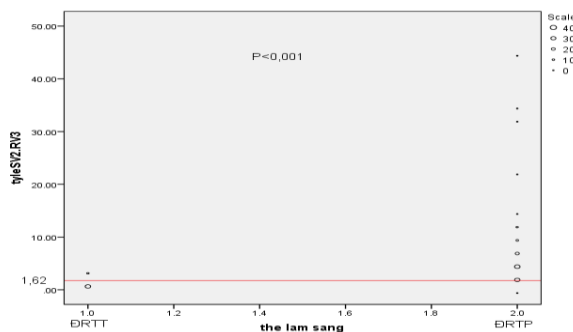
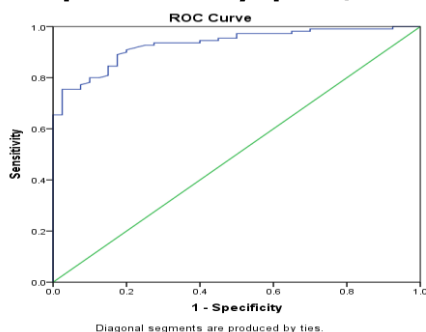
3.1.2. Đặc điểm điện tâm đồ bề mặt:

Bảng 3.2: Đặc điểm điện tâm đồ bề mặt: thời gian, biên độ sóng của NTTT giữa 2 nhóm ĐRTP và ĐRTT ở các chuyển đạo trước tim.

Thông số	Chung 2 nhóm N= 150	ĐRTP n= 110	ĐRTT n= 40	P Value
Khoảng ghép NTTT(ms)	500,26 ± 81,8 (345 – 634)	499,93 ± 78,3	501,8 ± 91,8	0,939
Thời gian QRS (ms)	128,8 ± 28,8	126 ± 22,3	136,5 ± 32,9	0,067
QRS dương ở DII,DIII,aVF	150 (100%)			
Tỷ lệ thời gian sóng R V1 (%)	29,56 ± 11,09	30,15 ± 10,92	27,92 ± 11,51	0,277
Tỷ lệ thời gian sóng R V2 (%)	31,43 ± 11,75	30,55 ± 10,51	33,85 ± 14,50	0,192
Chỉ số thời gian sóng R (%)	35,29 ± 11,65	34,51 ± 10,22	37,42 ± 14,84	0,257
Tỷ lệ biên độ R/S V1 (%)	19,79 ± 18,70	16,99 ± 17,40	27,53 ± 20,16	0,002
Tỷ lệ biên độ R/S V2 (%)	17,40 ± 15,58	14,52 ± 14,21	25,32 ± 16,61	<0,001
Chỉ số biên độ R/S (%)	23,98 ± 20,34	20,60 ± 18,91	33,94 ± 21,03	<0,001
Tỷ số chuyển tiếp V2	0,62 ± 0,62	0,51 ± 0,48	0,92 ± 0,83	0,005
Tỷ số chuyển tiếp V3	1,15 ± 1,10	0,85 ± 0,95	1,99 ± 1,06	<0,001
Tỷ lệ SV2/RV3	4,78 ± 5,83	6,07 ± 6,32	1,23 ± 0,78	<0,001

3.2. Vai trò của tỷ lệ SV2/RV3 trong chẩn đoán phân biệt ngoại tâm thu thất có nguồn gốc đường ra thất phải (ĐRTP) và đường ra thất trái (ĐRTT).

3.2.1. Đặc điểm của tỷ lệ SV2/RV3 với hai nhóm ĐRTT và ĐRTP.



Biểu đồ 3.1: Giá trị chẩn đoán của chỉ số tỷ lệ SV2/RV3 ở nhóm nghiên cứu

Biểu đồ 3.2: Giá trị cut-off của tỷ lệ SV2/RV3 là 1,6, có ý nghĩa phân biệt ngoại tâm thất đường ra với p<0,001.

3.2.2. So sánh trị chẩn đoán của tỷ lệ SV2/RV3 với 1 số tiêu chuẩn trên nhóm nghiên cứu (n=150)

Bảng 3.3: So sánh giá trị chẩn đoán của các tiêu chuẩn trên những bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu nói chung

Tiêu chuẩn	Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %	PPV %	NPV %	AUC (95% CI)
Tỷ lệ SV2/RV3 ≤ 1,6	90,9	80	92,6	76,2	0,931 (0,892- 0,970)
Chỉ số thời gian sóng R ≥ 50 %	89	65	53	79	0,522 (0,402- 0,642)
Chỉ số biên độ R/S ≥ 30%	84,4	52,5	52,8	81,6	0,760 (0,679- 0,840)

Tỷ số chuyển tiếp tại V2 ≥ 0.6	74,5	50	58,3	80,4	0,688 (0,592-0,783)
TZ index < 0	80	55	50	83	0,749 (0,658-0,839)

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có QRS của NNTT dương tại các chuyển đạo DII, DII, aVF, là đặc điểm của NNTT khởi phát từ vùng đường ra của tâm thất. Kết quả cho thấy giá trị của khoảng ghép trung bình là $500,26 \pm 81,8$, giới hạn từ 345 - 634 ms, không có sự khác biệt về giá trị khoảng ghép giữa 2 nhóm NNTT đường ra ($p = 0,939$). Theo y văn khoảng ghép của NNTT đơn ổ, vô căn thường hằng định và hiếm khi có hiện tượng R/T. Tỷ lệ biên độ R/S ở nhóm ĐRTT tại V1 và V2 đều lớn hơn nhóm ĐRTP có ý nghĩa thống kê ($p = 0,002$ và $p < 0,001$), dẫn tới chỉ số biên độ R/S (là tỷ lệ lớn hơn trong 2 tỷ lệ trên ở mỗi bệnh nhân) của ĐRTT cũng lớn hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước kia của Ouyang (2002), Yoshida 2011, Phan Đình Phong (2014), Jiao (2016)³⁻⁶. Chỉ số chuyển tiếp tại V2 lẫn V3 của nhóm xoang Valsalva đều lớn hơn nhóm ĐRTP có ý nghĩa thống kê ($p = 0,005$ và $p < 0,001$); trong khi đó nghiên cứu của Bentensky chỉ có sự khác biệt ở tỷ số chuyển tiếp tại V2⁷. Chỉ số SV2/RV3 trong nghiên cứu của chúng tôi có giá trị trung bình ở nhóm ĐRTT thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐRTP ($p < 0,001$), tương tự kết quả nghiên cứu của Yoshida 2014⁸. Tóm lại, hầu hết giá trị các chỉ số trên đều khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm, cho thấy có cơ sở để ứng dụng chúng trong định khu vị trí khởi phát NNTT. Đặc biệt chỉ số tỷ lệ SV2/RV3 nghiên cứu của chúng tôi khá dễ tính toán và ứng dụng trên lâm sàng.

3.3. Vai trò của tỷ lệ SV2/RV3 trong chẩn đoán ngoại tâm thu thất có nguồn gốc đường ra thất trái và đường ra thất phải.

Nghiên cứu trên 150 bệnh nhân NNTT có dạng block nhánh trái (40 bệnh nhân NNTT ổ khởi phát ĐRTT và 110 bệnh nhân ổ khởi phát ĐRTP), chúng tôi cho kết quả tỷ lệ SV2/RV3 có giá trị trung bình của nhóm ĐRTT nhỏ hơn nhóm ĐRTP có ý nghĩa thống kê ($1,23 \pm 0,78$ so với $6,07 \pm 6,32$ và $p < 0,001$). Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Yoshida và cộng sự (2014) là trung bình của tỷ lệ SV2/RV3 ở nhóm ĐRTT là 0,8 so với nhóm ĐRTP là 4,1 có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ ⁸. Áp dụng thuật toán đường cong ROC để tính giá trị của tỷ lệ này với nhóm nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả chỉ số

V2S/V3R có diện tích dưới đường cong là 0,931 (95% CI: 0,892 – 0,970). Điểm cut-off tối ưu 1,612, với chỉ số SV2/RV3 nhỏ hơn hoặc bằng giá trị này đạt độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 90,9% và 80% trong chẩn đoán NNTT từ ĐRTT. Kết quả của chúng tôi so với tác giả Yoshida và cộng sự cũng khá tương đồng (AUC: 0,964; cut-off tối ưu 1,5)⁸. Với nhóm bệnh nhân có chuyển tiếp tại V3 ($n = 64$), kết quả của chúng tôi có diện tích dưới đường cong là 0,881 (95% CI: 0,795- 0,968), độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 79,3 % và 88,6 % cũng khá cao nhưng vẫn thấp hơn của tác giả Yoshida ($n = 77$). Kết quả diện tích dưới đường cong trong nhóm này của ông là 0,898 với độ nhạy 94% và độ đặc hiệu là 78%⁸.

V. KẾT LUẬN

Tiêu chuẩn tỷ lệ SV2/RV3 trong nghiên cứu của chúng tôi rất có giá trị chẩn đoán phân biệt NNTT từ ĐRTT và ĐRTP, với giá trị diện tích dưới đường cong là cao nhất (AUC= 0,931) so với các chỉ số trước đó. Đồng thời chúng tôi cũng nhận thấy chỉ số SV2/RV3 tương đối dễ tính toán và dễ ứng dụng trên lâm sàng với điện tâm đồ 12 chuyển đạo thường quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hiss RG, Lamb LE. Electrocardiographic findings in 122,043 individuals. *Circulation*. 1962;25:947-961. doi:10.1161/01.cir.25.6.947
2. Tanner H, Hindricks G, Schirdewahn P, et al. Outflow tract tachycardia with R/S transition in lead V3: six different anatomic approaches for successful ablation. *J Am Coll Cardiol*. 2005;45(3):418-423. doi:10.1016/j.jacc.2004.10.037
3. Vai trò của điện tâm đồ bề mặt trong chẩn đoán phân biệt rối loạn nhịp thất khởi phát từ xoang Valsalva với khởi phát từ đường ra thất phải. https://www.facebook.com/Vien.Tim.mach.Viet.Nam/?ref=aymt_homepage_panel. Accessed September 6, 2021. <http://vientimmach.vn/vi/chi-dao-tuyen-va-bv-ve-tinh/vai-tro-cua-dien-tam-do-be-mat-trong-chan-doan-phan-biet-roi-loan-nhip-that-khoi-phat-tu-xoang-valsalva-voi-khoi-phat-tu-duong-ra-that-phai.html>
4. Ouyang F, Fotuhi P, Ho SY, et al. Repetitive monomorphic ventricular tachycardia originating from the aortic sinus cusp: electrocardiographic characterization for guiding catheter ablation. *J Am Coll Cardiol*. 2002;39(3):500-508. doi:10.1016/s0735-1097(01)01767-3
5. Jiao ZY, Li YB, Mao J, et al. Differentiating origins of outflow tract ventricular arrhythmias: a comparison of three different electrocardiographic

- algorithms. Braz J Med Biol Res. 2016;49. doi:10.1590/1414-431X20165206
6. **Yoshida N, Inden Y, Uchikawa T, 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):349-356. doi:10.1016/j.hrthm.2010.11.023
7. **Betensky BP, Park RE, Marchlinski FE, et al.** The V(2) transition ratio: a new electrocardiographic criterion for distinguishing left from right ventricular outflow tract tachycardia origin. J Am Coll Cardiol. 2011;57(22):2255-2262. doi:10.1016/j.jacc.2011.01.035
8. **Yoshida N, Yamada T, Mcelderry HT, et al.** A Novel Electrocardiographic Criterion for Differentiating a Left from Right Ventricular Outflow Tract Tachycardia Origin: The V2S/V3R Index: V2S/V3R Index Distinguishes LVOT from RVOT Origins. Journal of Cardiovascular Electrophysiology. 2014;25(7):747-753. doi:10.1111/jce.12392

NHẬN XÉT ĐIỀU TRỊ NANG VÀ ÁP-XE TUYẾN BARTHOLIN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Bích Hồng¹, Lê Thị Thanh Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng; kết quả điều trị bệnh lý nang và áp-xe tuyến Bartholin tại Bệnh viện phụ sản Trung ương (BVPSTƯ). **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiền cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình của phụ nữ có bệnh lý tuyến Bartholin là 37,2±1,1 tuổi. Có triệu chứng "đau" trong 78,6% các trường hợp. Tỷ lệ thủ thuật "bóc tuyến" là 97,4% với điều trị nang tuyến Bartholin; trong điều trị áp-xe tuyến Bartholin "chích khâu viền khấn" chiếm 90,3%, "rạch thoát dịch" 9,7%. Về kết quả điều trị: thủ thuật "chích khâu viền khấn" tái phát 20%, di chứng sẹo cứng 16,7%; "rạch thoát dịch" tái phát 33,3%, di chứng sẹo cứng 33,3%; "bóc tuyến" tái phát 5,3%, di chứng sẹo cứng 5,3%, đau khi giao hợp 2,6% và có tai biến chảy máu, tụ máu sau bóc là 5,2%. **Kết luận:** phụ nữ mắc bệnh nang, áp-xe tuyến Bartholin chủ yếu trong độ tuổi sinh sản; "đau" là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất trong bệnh lý tuyến Bartholin. Thủ thuật "bóc tuyến" chiếm tỷ lệ cao 97,4% trong điều trị nang tuyến Bartholin; với tỷ lệ tái phát thấp (5,3%) và ít di chứng. "Chích khâu viền khấn" chiếm tỷ lệ chủ yếu (90,3%) trong điều trị áp-xe tuyến Bartholin, với tỷ lệ tái phát và di chứng cao hơn nhiều so với bóc tuyến.

Từ khóa: nang tuyến Bartholin, áp-xe tuyến Bartholin.

SUMMARY

COMMENTARY RESULTS TREATMENT OF BARTHOLIN GLAND CYSTS AND ABSCESSSES AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: To review some clinical and subclinical characteristics and results in the treatment

of Bartholin gland cysts and abscesses at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Methodology:** Prospective descriptive. **Results:** The mean age of women with Bartholin gland disease was 37.2±1.1 years. There are symptoms of pain in 78.6% of cases. The rate of treatment technique, excision is 97.4% with Bartholin's cysts; in the treatment of Bartholin gland abscesses, marsupialization accounted for 90.3% and the procedure is 9.7%. About the treatment results: the technique of marsupialization has a recurrence of 20%, the sequelae of hard scars are 16.7%; recurrence of the procedure is 33.3%, sequelae of hard scars is 33.3%; recurrence of excision is 5.3%, sequelae of hard scarring 5.3%, pain during intercourse 2.6% and there were bleeding complications, hematoma after peel was 5.2%. **Conclusion:** women with Bartholin's gland disease are mainly of reproductive age; pain is the most common clinical symptom in Bartholin gland disease. The technique of excision accounts for a high rate of 97.4% in the treatment of Bartholin's cysts; with a low recurrence rate (5.3%) and few sequelae. The technique of marsupialization accounts for 90.3% in the treatment of Bartholin gland abscess, with a higher rate of recurrence and sequelae than the excision technique.

Key words: Bartholin's gland cysts, Bartholin's gland abscesses.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến Bartholin là tuyến tiền đình lớn ở phụ nữ (giống như tuyến hành niệu đạo ở nam giới), gồm 2 tuyến nhỏ như hạt đậu ở hai bên âm hộ vị trí 4h-8h; có ống tuyến tiết dịch đổ vào âm đạo trong khi giao hợp. Bệnh lý tuyến Bartholin (chủ yếu là nang và áp-xe) khá phổ biến, 2% phụ nữ từng trải qua bệnh lý tuyến Bartholin trong cuộc đời họ¹. Nang tuyến Bartholin do tắc và giãn ống. Sự tắc nghẽn có thể do nhiễm trùng hoặc không do nhiễm trùng; nhiễm trùng có thể tồn tại mạn tính và tái phát từng đợt. Áp-xe tuyến Bartholin có thể phát triển từ một ổ nhiễm

¹Bệnh viện đa khoa huyện Kim Sơn

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bích Hồng

Email: nguyenvichhongnb@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2021

Ngày duyệt bài: 14.10.2021