

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BLOCK NHĨ THẤT CAO ĐỘ BẰNG ĐẶT MÁY TẠO NHỊP TIM VĨNH VIỄN

Trần Kim Sơn¹, Ngô Hoàng Toàn¹,
Trần Đặng Đăng Khoa¹, Nguyễn Thị Diễm³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân rối loạn nhịp chậm do block nhĩ thất cao độ bằng đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 38 bệnh nhân block nhĩ thất độ mobitz type 2 và block nhĩ thất độ 3 tại Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ từ năm 2019-2021. **Kết quả:** 42,1% trường hợp được đặt máy tạo nhịp tạm thời, có 52,6% được đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn loại một buồng, 47,4% máy hai buồng. 100% máy được đặt dưới xương đòn trái. Các triệu chứng cơ năng giảm đáng kể ở thời điểm sau đặt máy 1 tháng, 3 tháng so với trước khi đặt máy. Các biến chứng sớm ghi nhận là bầm da quanh vị trí đặt máy (15,8%), không có biến chứng muộn. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật là 100%. Tỷ lệ thành công về lâm sàng là 92,1% sau 3 tháng và chất lượng cuộc sống cải thiện sau 3 tháng có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn điều trị rối loạn nhịp chậm do block nhĩ thất có tỷ lệ thành công về thủ thuật và lâm sàng cao.

Từ khóa: rối loạn nhịp chậm, máy tạo nhịp tim, vĩnh viễn

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF HIGH-GRADE ATRIOVENTRICULAR BLOCK WITH PERMANENT PACEMAKER IMPLANTATION

Objective: Evaluation of treatment outcomes in patients with bradyarrhythmias due to high-grade atrioventricular block with permanent pacemaker implantation. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 38 patients with type 2 mobitz, type 2 atrioventricular block, and 3rd degree atrioventricular block at Can Tho General Hospital from 2019 to 2021. **Results:** 42.1% of cases were put on a temporary pacemaker. 52.6% had a permanent one-chamber pacemaker, and 47.4% had a two-chamber. 100% of the pacemaker was placed below the left clavicle. The symptoms were reduced at 1 month and 3 months after the pacemaker was implantation compared to before, significantly. The early complications recorded were bruising around the pacemaker site (15.8%); there were no late complications. The technical success proportion was 100%. The clinical success proportion was 92.1% after

3 months, and the quality-of-life improvement after 3 months was statistically significant. **Conclusion:** Permanent pacemaker placement for bradyarrhythmias due to atrioventricular block has a high clinical and procedural success ratio.

Keywords: bradyarrhythmias, pacemaker, permanent

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Block nhĩ thất cao độ là sự chậm hoặc gián đoạn dẫn truyền xung động từ nhĩ đến thất xuất phát từ nút nhĩ thất đến mạng lưới His-Purkinje, bao gồm block nhĩ thất độ 2 mobitz tít 2 và block nhĩ thất độ 3. Các rối loạn này có thể mang tính chất tạm thời hay vĩnh viễn, những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có block nhĩ thất thường có tỉ lệ tử vong cao hơn. Bệnh nhân bị block nhĩ thất cao độ, có thể điều trị bằng thuốc tăng nhịp tim, đặt máy tạo nhịp tạm thời hoặc máy tạo nhịp vĩnh viễn, trong đó điều trị bằng các thuốc tăng nhịp tim và đặt máy tạo nhịp tạm thời thường trong trường hợp cấp cứu và các nguyên nhân có thể phục hồi được, hoặc trong trường hợp khẩn cấp có rối loạn huyết động, tuy nhiên có thể có nhiều biến chứng, mang tính chất tạm thời, không lâu dài. Đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với bệnh nhân block nhĩ thất cao độ khi nguyên nhân không thể phục hồi, giúp gia tăng tỷ lệ sống còn một cách rõ rệt ở những bệnh nhân block nhĩ thất cao độ, theo Huỳnh Trung Cang ghi nhận được tỉ lệ thành công rất cao về kỹ thuật lên đến 98%, thành công lâm sàng đến 95% [1], vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân rối loạn nhịp chậm do block nhĩ thất bằng đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2019-2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân bị block nhĩ thất cao độ nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 2 năm 2019 đến tháng 4 năm 2021

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các bệnh nhân block nhĩ thất cao độ, có chỉ định đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn thuộc nhóm I theo Hội tim mạch Châu Âu năm 2013 [8]: block nhĩ thất độ 2

¹Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Kim Sơn

Email: tkson@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

mobizt tít 2 hoặc block nhĩ thất độ 3 kèm theo một trong các trường hợp sau:

- Nhịp tim chậm có triệu chứng do block nhĩ thất.
- Vô tâm thu kéo dài từ 3 giây trở lên hoặc bất kì nhịp thoát <40 lần/phút ở bệnh nhân không có triệu chứng lúc thức.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân block nhĩ thất cao độ do các nguyên nhân có thể phục hồi như nhồi máu cơ tim, bệnh cơ tim, hẹp van động mạch chủ, hẹp van hai lá, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, các thuốc chống loạn nhịp nhóm 1A như Quinidine, Procainamide, nhóm 1C như Flecainide, Propafenone, nhóm 3 như Sotalol, Amiodarone, chẹn beta, chẹn kênh canxi nhóm Non-DHP như Verapamil, Diltiazem. Bệnh đang có các bệnh lí cấp tính như nhiễm trùng huyết, tăng kali máu >5,5 mmol/L, nhiễm trùng thành ngực nơi đặt máy tạo nhịp. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

Nội dung nghiên cứu: Các kỹ thuật và thông số khi đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn

+ **Kỹ thuật đặt máy:** loại máy được đặt; thời gian đặt máy là khoảng thời gian tính từ lúc bắt đầu chọc kim vào tĩnh mạch cho đến khi kết thúc vùi máy vùng dưới xương đòn, tính bằng phút, có 2 giá trị là đạt và không đạt, gọi là đạt khi thời gian trung bình đặt máy 1 buồng là từ 45-60 phút, của máy 2 buồng là từ 75-110 phút, nếu >60 phút đối với máy 1 buồng thất và >110 phút đối với máy 2 buồng nhĩ thất là không đạt [7]; thời gian chiếu tia X là khoảng thời gian chiếu tia X trong lúc bắt đầu đặt máy đến lúc kết thúc thủ thuật, được tính bằng giây, có 2 giá trị đạt và không đạt, gọi là đạt khi thời gian trung bình dưới 600 giây [7]; vị trí điện cực; vị trí đặt máy.

+ **Các thông số máy:** ngưỡng, nhận cảm, trở kháng.

+ **Đánh giá kết quả về lâm sàng sau đặt máy tạo nhịp tim 1 tháng và 3 tháng:** đánh giá cải thiện về triệu chứng, đánh giá sự cải thiện về nhịp tim, đánh giá thành công về lâm sàng: chia

làm 3 nhóm tốt, trung bình, xấu theo Nora Gold [9]. Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm AQUAREL, bộ câu hỏi chia ra làm ba lĩnh vực: giới hạn thể lực, rối loạn nhịp tim và sự khó chịu ở ngực. Điểm AQUAREL được tính trước và sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn 1,3 tháng. Bộ câu hỏi AQUAREL có giá trị từ 0-100 điểm, trong đó 0 điểm thể hiện triệu chứng bệnh ảnh hưởng trầm trọng đến chất lượng cuộc sống, 100 điểm thể hiện triệu chứng không ảnh hưởng chất lượng cuộc sống. Đánh giá kết quả về kỹ thuật đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn

- Thành công về kỹ thuật đặt máy: đánh giá tại thời điểm lúc làm thủ thuật và trong thời gian nằm viện, chia thành 2 nhóm: thành công và không thành công. Theo Peter H.Bellot [9] đánh giá thành công về kĩ thuật dựa vào 3 tiêu chí:

+ Diễn biến và kết quả quá trình đặt máy: đặt máy thành công, ngưỡng kích thích khởi đầu <1V, các tai biến xử trí có kết quả tốt.

+ Hoạt động chức năng máy tạo nhịp tim: dẫn nhịp hoàn toàn theo tần số máy đã cài, không có rối loạn nhận cảm, không có tai biến trong phẫu thuật.

+ Hầu phẫu vết mổ: vết mổ liền tốt, không có nhiễm trùng tại chỗ đặt máy.

Nếu có 1 trong 3 tiêu chí không thỏa mãn, chúng tôi đánh giá là không thành công về thủ thuật.

Phương tiện nghiên cứu và phương pháp xử lí số liệu: sử dụng thông tin và kết quả xét nghiệm từ hồ sơ bệnh án theo mẫu thu thập số liệu. Xử lí số liệu dựa trên phần mềm SPSS 18.0, và tính tỉ lệ phần trăm của các biến số nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 38 đối tượng nghiên cứu, có 42,1% trường hợp có đặt máy tạo nhịp tim tạm thời trước khi đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn và trong đó 20 trường hợp được đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn loại 1 buồng thất chiếm 52,6% và 47,4% trường hợp được đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn loại 2 buồng nhĩ thất. 100% trường hợp được đặt máy dưới xương đòn bên trái và đều được gắn đầu điện cực ở vách liên thất

Bảng 1. Thời gian thủ thuật và chiếu tia X

	Thời gian đặt máy (phút)	Trung bình \pm SD	Đạt mục tiêu n(%)	Không đạt mục tiêu n (%)
Thời gian đặt máy (phút)	Máy 1 buồng thất (n=20)	50 \pm 12,46	19(95)	1(5)
	Máy 2 buồng nhĩ thất (n=18)	57,77 \pm 12,51	18(100)	0(0)
Thời gian chiếu tia X (giây)	Máy 1 buồng thất (n=20)	375,70 \pm 280,97	19(95)	1(5)
	Máy 2 buồng nhĩ thất (n=18)	355,5 \pm 222,56	16(88,9)	2(11,1)

Nhận xét: Thời gian thực hiện thủ thuật đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn đối với máy một buồng thất trung bình là $50 \pm 12,46$ phút và $57,77 \pm 12,51$ phút đối với máy tạo nhịp loại hai buồng nhĩ thất. Thời gian chiếu tia X trung bình đối với máy một buồng là $375,70 \pm 280,97$ giây và $355,5 \pm 222,56$ giây đối với máy tạo nhịp loại hai buồng.

Bảng 2. Thông số máy tạo nhịp tim vĩnh viễn máy một buồng thất

Máy một buồng thất	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình \pm SD
Ngưỡng (V)	0,3	1,3	$0,67 \pm 0,23$
Nhận cảm (mV)	1,1	15	$9,26 \pm 3,70$
Trở kháng (Ω)	466	1484	$827,75 \pm 232,36$

Nhận xét: Các thông số ngưỡng, nhận cảm, trở kháng của máy một buồng thất đều đạt yêu cầu.

Bảng 3. Thông số máy tạo nhịp tim vĩnh viễn máy hai buồng nhĩ thất

Máy hai buồng nhĩ thất	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình \pm SD
Buồng nhĩ	Ngưỡng (V)	0,5	$0,96 \pm 0,29$
	Nhận cảm (mV)	1,5	$3,35 \pm 1,67$
	Trở kháng (Ω)	433	$696,77 \pm 135,08$
Buồng thất	Ngưỡng (V)	0,5	$0,66 \pm 0,15$
	Nhận cảm (mV)	1,8	$12,16 \pm 7,17$
	Trở kháng (Ω)	516	$723,94 \pm 166,38$

Nhận xét: Các thông số của máy tạo nhịp hai buồng nhĩ thất đều đạt yêu cầu.

Bảng 4. Đặc điểm về triệu chứng của đối tượng nghiên cứu sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn

Triệu chứng cơ năng	Trước đặt máy		Sau đặt máy 1 tháng		Sau đặt máy 3 tháng		p (McNemar test)
	n	%	n	%	n	%	
Khó thở	18	47,4	9	23,6	4	10,5	<0,05
Ngất	6	15,8	0	0	0	0	<0,05
Nặng ngực	19	50	7	18,4	3	7,9	<0,05
Hồi hộp	15	39,5	6	15,8	2	5,3	<0,05
Chóng mặt	31	81,6	8	21,1	2	5,3	<0,05

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng cải thiện sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn 1 tháng và 3 tháng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Kết quả về lâm sàng sau đặt máy tạo nhịp

Kết quả	Lúc xuất viện		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	20	52,6	35	92,1	35	92,1
Trung bình	18	47,4	3	7,9	0	0
Xấu	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Khi xuất viện có 52,6% bệnh nhân đạt kết quả tốt, sau 3 tháng thì tăng lên rất cao 92,1%.

Bảng 6. Điểm chất lượng cuộc sống trước và sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn

Các lĩnh vực	Trước đặt máy (Điểm)	Sau 1 tháng (Điểm)	Sau 3 tháng (Điểm)	p
Khó chịu ở ngực $\bar{X} \pm SD$	$9,1 \pm 6,6$	$20,9 \pm 9,8$	$43,7 \pm 13,7$	0,000
Giới hạn thể lực $\bar{X} \pm SD$	$9,2 \pm 6,9$	$22,1 \pm 9,1$	$45,8 \pm 11,4$	0,000
Rối loạn nhịp $\bar{X} \pm SD$	$1,2 \pm 2,6$	$9,3 \pm 4,9$	$24,2 \pm 6,1$	0,000

Nhận xét: Chỉ số điểm SQUAREL về khó chịu ở ngực, giới hạn thể lực và rối loạn nhịp đều cải thiện rõ sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn, rất có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000$.

Bảng 7. Biến chứng sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn

Biến chứng	n	%
Thủng tim	0	0
Tràn khí trung thất	0	0
Tràn máu màng phổi	0	0

Bầm da vùng đặt máy	6	15,8
Chọc vào động mạch dưới đòn	0	0

Nhận xét: Có 6 (15,8%) trường hợp bầm da vùng đặt máy sau đặt máy.

Bảng 8. Kết quả về kĩ thuật sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn

Tiêu chuẩn	Đạt n (%)	Không đạt n (%)
Quá trình đặt máy	38 (100)	0
Hoạt động chức năng của	38 (100)	0

máy tạo nhịp		
Hậu phẫu vết mổ	38 (100)	0
Tỷ lệ thành công về kỹ thuật	38 (100)	

Nhận xét: Tất cả các trường hợp đều thành công về mặt kỹ thuật khi đặt máy.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông số và kỹ thuật đặt máy tạo nhịp tim. Nghiên cứu của chúng tôi có 42,1% trường hợp có đặt máy tạo nhịp tim tạm thời trước khi đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn. Máy tạo nhịp tim tạm thời thường được chỉ định cho các trường hợp nhịp tim chậm có triệu chứng và nguyên nhân có thể hồi phục hoặc được sử dụng như cầu nối tạm thời để đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn. Thông thường, những bệnh nhân sử dụng các thuốc chống loạn nhịp hoặc thuốc chẹn beta có thể cải thiện dẫn truyền nhĩ thất khi ngưng thuốc. Ở bệnh nhân cao tuổi, khả năng cải thiện này rất kém [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần tuổi cao, dù có sử dụng các thuốc chẹn beta và chẹn nút nhĩ thất nhưng không hồi phục sau khi ngưng thuốc, nên chỉ định đặt máy tạo nhịp tim tạm thời ở đây thường sử dụng như cầu nối trước khi đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn hoặc bệnh nhân có triệu chứng do nhịp tim quá chậm. Trong nghiên cứu chúng tôi có 20 trường hợp được đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn loại 1 buồng chiếm 52,6% và 47,4% trường hợp còn lại được đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn loại 2 buồng. Kết quả của chúng tôi ít hơn về số trường hợp đặt máy 1 buồng với các tác giả Chung Tấn Định với 32 trường hợp (69,6%) được đặt máy một buồng và 14 trường hợp được đặt máy 2 buồng chiếm (30,4%) [2].

Trong điều trị block nhĩ thất, một số tác giả cho rằng tạo nhịp thất hai buồng thường được cho là mang lại nhiều lợi ích hơn tạo nhịp thất một buồng, tuy nhiên theo nghiên cứu của tác giả William D. Toff và cộng sự khi phân nhóm ngẫu nhiên 2021 bệnh nhân trên 70 tuổi được đặt máy tạo nhịp loại một buồng (1009 bệnh nhân) và máy tạo nhịp loại hai buồng (1012) bệnh nhân, sau theo dõi trung bình là 4,6 năm thì tỷ lệ tử vong hàng năm trong nhóm một buồng là 7,2% và 7,4% trong nhóm hai buồng (hazard ratio, 0,96; 95% CI, 0,83-1,11), không có sự khác biệt về sự gia tăng rung nhĩ, suy tim hoặc đột quỵ hay tắc mạch. Từ đây, có thể thấy rằng không có sự khác biệt giữa hai nhóm này ở bệnh nhân block nhĩ thất cao độ, việc lựa chọn loại máy tùy thuộc vào điều kiện kinh tế của bệnh nhân. Tuy nhiên, tạo nhịp hai thất giảm rối loạn trong đồng bộ thất trái, duy trì chức năng

thất trái và giảm NT-proBNP khi so sánh với tạo nhịp loại DDD(R) [6]. Gần đây, máy tạo nhịp tim không dây loại Micra và Nanostim thích hợp cho các loại tạo nhịp một buồng thất phải đơn thuần (VVIR) ở những bệnh nhân rung nhĩ mạn có block nhĩ thất, đây là những thiết bị có thuật toán phức tạp, nhỏ gọn, tiên tiến, có khả năng kéo dài tuổi thọ pin, giảm nguy cơ nhiễm trùng [7]. Tuy nhiên giá thành cao, không sẵn có nên chúng tôi không thực hiện trong nghiên cứu này.

Thời gian thực hiện thủ thuật đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn đối với máy một buồng trung bình là $50 \pm 12,46$ phút và $57,77 \pm 12,51$ phút đối với máy tạo nhịp loại hai buồng. Theo Nguyễn Tri Thức, tỷ lệ biến chứng cao hơn có ý nghĩa khi thời gian thủ thuật kéo dài trên 60 phút ($p < 0,01$), nguy cơ biến chứng ở nhóm này cao gấp 3,53 lần so với nhóm có thời gian thủ thuật dưới 60 phút [4]. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian thủ thuật ít hơn của tác giả Chung Tấn Định với thời gian đặt máy một buồng trung bình là $56,1 \pm 7,2$ phút, máy hai buồng là $108,9 \pm 28,1$ phút [2] và tác giả Nguyễn Tri Thức thời gian trung bình là 74,2 phút; nhóm một buồng là 66,7 phút; nhóm 2 buồng là 87,3 phút. Nhìn chung thì thời gian đặt máy hai buồng dài hơn và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [4]. Theo Andi E. Albertsen thời gian thủ thuật trung bình nhóm DDD(R) thấp hơn nhóm hai buồng thất (34 ± 10 với 66 ± 21 phút, $p < 0,001$) [6]. Trong tương lai gần, tiếp cận tĩnh mạch nách dưới hướng dẫn siêu âm sẽ là một phương pháp giúp giảm thời gian thủ thuật với hiệu quả cao.

Thời gian chiếu tia X trung bình đối với máy một buồng là $375,70 \pm 280,97$ giây và $355,5 \pm 222,56$ giây đối với máy tạo nhịp loại hai buồng. Theo Andi E. Albertsen thời gian chiếu tia X trung bình nhóm DDD(R) thấp hơn nhóm hai buồng thất ($4,8 \pm 3$ với $14,9 \pm 8$ phút, $p < 0,001$) [6]. Như chúng ta đã biết, tiếp xúc với tia xạ là một trong những nguy cơ trong việc đặt ghép các thiết bị và can thiệp điện sinh lý cho cả bệnh nhân và các bác sĩ can thiệp tim mạch, nhìn chung các bác sĩ can thiệp tiếp xúc tích lũy liều từ 2 đến 5 mSv mỗi năm, mà cứ 10mSv tia xạ tăng nguy cơ tích lũy tử vong do ung thư là 0,05%. Vì vậy, thời gian tiếp xúc tia X càng thấp càng tốt.

Tạo nhịp với điện cực ở vách liên thất được kì vọng sẽ giúp cải thiện huyết động và chất lượng cuộc sống tốt hơn với tạo nhịp ở mỏm thất phải vì phương pháp này sẽ không có sự đồng bộ hai thất và vận động giữa các thành cơ tim dẫn đến làm giảm chức năng co bóp của cơ tim

sau tạo nhịp. Tác giả Ngô Lâm Sơn so sánh 38 trường hợp tạo nhịp ở mỏm (28,8%) và 94 trường hợp tạo nhịp ở vách liên thất (71,2%). Sau 6 tháng theo dõi, chóng mặt và huyết áp tâm thu giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [3]. Do vậy, chúng tôi thực hiện tất cả trường hợp đều là gắn điện cực ở vách liên thất, kết quả này tương tự như tác giả Chung Tấn Định (100%) [2]. Ngày nay, tạo nhịp bó His đang là một trong những xu hướng giúp duy trì dẫn truyền nhĩ thất bình thường, giảm nguy cơ bệnh cơ tim do tạo nhịp hai buồng gây nên.

Tất cả các trường hợp đều được gắn đầu điện cực ở dưới xương đòn bên trái. Việc lựa chọn vị trí đặt máy tùy thuộc vào vị trí thuận lợi cho sự di chuyển, sinh hoạt và tránh ảnh hưởng đến máy tạo nhịp của bệnh nhân. Đa phần các nghiên cứu đều gắn vào dưới xương đòn bên trái như Chung Tấn Định [2].

4.2. Đánh giá kết quả về lâm sàng sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn 1 tháng và 3 tháng. Các triệu chứng lâm sàng cải thiện rất tốt sau đặt máy, ngất không còn sau khi đặt máy 1 tháng, các triệu chứng khó thở giảm từ 18 trường hợp xuống chỉ còn 4 trường hợp sau 3 tháng, nặng ngực và hồi hộp, chóng mặt cũng cải thiện rất tốt, sự so sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo Chung Tấn Định, triệu chứng mệt giảm từ 82,9% xuống còn 17,3%, ngất từ 32,6% xuống còn 2,2%, nặng ngực từ 56,5% xuống còn 10,8% sau 3 tháng với $p < 0,05$ [2]. Các bệnh lý nền kết hợp chúng tôi không đánh giá lại, vì đây là các bệnh mạn tính, trong quá trình theo dõi 3 tháng, chúng tôi không ghi nhận thêm các trường hợp bệnh cơ tim do tạo nhịp hoặc các rối loạn nhịp đi kèm khi khám theo dõi, có một số tác giả ghi nhận các bệnh lý này sau 6 tháng đến 1 năm theo dõi [3], [4].

Tần số tim trung bình trước đặt máy là $40,55 \pm 5,35$ lần/phút, sau 3 tháng tăng lên $66,89 \pm 4,95$ lần/phút, với $p = 0,000$. Kết quả này của chúng tôi khá tương đồng với Chung Tấn Định, tần số tim lúc nhập viện là $38,8 \pm 9,2$ lần/phút, sau 1 tháng là $61,4 \pm 6,3$ lần/phút và sau 3 tháng là $61,1 \pm 9,8$ lần/phút với $p = 0,000$ [2] và Nguyễn Tri Thức thì tần số tim ở các thời điểm sau đặt máy, sau 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 55,4; 70,4; 71,9 lần/phút. So với trước đặt máy tạo nhịp, tần số tim tăng có ý nghĩa sau 1 tháng ($p < 0,001$) ở cả 2 nhóm và ổn định cho đến 3 tháng [4]. Thông thường, tần số tim trung bình lúc nghỉ khoảng từ 60-70 lần/phút sẽ duy trì cung lượng tim thích hợp. Nếu tăng quá cao thì cung lượng tim không tăng mà có thể giảm và

gây tăng sức cản ngoại biên. Sự khác nhau trong các nghiên cứu có thể do sự cài đặt tần số tạo nhịp cơ bản khác nhau, của chúng tôi gần tương tự tác giả Nguyễn Tri Thức [4] vì nhóm bệnh chủ yếu ở đây block nhĩ thất độ 3, khi đó tần số nhĩ sẽ còn cao, khi đặt máy tạo nhịp hai buồng, máy sẽ nhận cảm theo tần số nhĩ và tạo nhịp ở thất, do đó tần số tim trung bình sẽ cao hơn.

Chỉ số AQUAREL về khó chịu ở ngực tăng từ $9,1 \pm 6,6$ lên $43,7 \pm 13,7$, giới hạn thể lực từ $9,2 \pm 6,9$ lên $45,8 \pm 11,4$, rối loạn nhịp tăng từ $1,2 \pm 2,6$ lên $24,2 \pm 6,1$ sau 3 tháng theo dõi, với $p = 0,000$, tương tự như nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên đối tượng bệnh nhân rối loạn nhịp chậm chung [5]. Nhìn chung, sự cải thiện của chỉ số AQUAREL cho thấy bệnh nhân sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn có sự cải thiện các triệu chứng và tần suất xuất hiện các triệu chứng gây giới hạn hoạt động thể lực.

Biến chứng của thủ thuật. Chúng tôi nghiên cứu có 6 trường hợp bầm da vùng đặt máy chiếm 15,8% và không còn ghi nhận sau 1 tháng và 3 tháng theo dõi. Tỷ lệ này là 4,4% theo nghiên cứu của Chung Tấn Định và không có trường hợp nào có biến chứng muộn kéo dài sau 1 tháng và 3 tháng [2]. Theo Ngô Lâm Sơn có kết quả tụ máu thấp hơn, với 2,3%. Tuy nhiên, khi theo dõi thời gian dài lên đến 6 tháng, xuất hiện rung nhĩ mới 6,1%, mất dẫn 1,5%, nhịp nhanh do máy tạo nhịp 1,5% và không có sự khác biệt về mức độ tăng năng hở van 3 lá sau đặt máy tạo nhịp [3]. Nhìn chung các trường hợp bầm da nơi đặt máy chúng tôi ghi nhận đều tự khỏi trong thời gian nằm viện, sau khi tái khám không có phát hiện biến chứng khác.

Đánh giá thành công về kỹ thuật và lâm sàng. Tất cả trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều thành công về kỹ thuật, khi xuất viện có 52,6% bệnh nhân đạt kết quả tốt về lâm sàng, tỉ lệ này tăng lên 92,1% sau 3 tháng. Theo Chung Tấn Định, tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 97,8% và thành công về mặt lâm sàng là 91,3% sau 1 tháng và 95,6% sau 3 tháng [2]. Ngô Lâm Sơn cho kết quả nhóm điện cực mỏm thất đạt kết quả lâm sàng tốt chiếm 89,5% thấp hơn so với nhóm điện cực vách liên thất là 93,6%, dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$ [3]. Huỳnh Trung Cang ghi nhận tỉ lệ thành công về kỹ thuật đến 98%, thành công lâm sàng đến 95% [1]. Có thể thấy, tỉ lệ thành công về kỹ thuật của chúng tôi rất cao, điều này có được do sự thuần thực của ekip trong thực hiện các trình tự của đặt máy tạo nhịp. Cải thiện lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu chúng

tôi có được sự cải thiện tốt là do sau đặt máy, hệ thống dẫn truyền và phát xung được thiết lập, đưa tần số tim về mức cho phép. Khi đó bệnh nhân được cải thiện khả năng gắng sức và hồi phục được chức năng sinh hoạt, dù vậy, một số bệnh nhân vẫn còn triệu chứng do các bệnh nền đi kèm gây nên.

V. KẾT LUẬN

Qua 38 trường hợp block nhĩ thất cao độ được đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn, chúng tôi ghi nhận: về kỹ thuật đặt máy ghi nhận có 42,1% trường hợp được đặt máy tạo nhịp tạm thời, có 52,6% được đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn loại một buồng, 47,4% máy hai buồng, các thông số ngưỡng, nhận cảm, trở kháng đều đạt yêu cầu ở cả hai loại máy một buồng hoặc hai buồng. Các triệu chứng cơ năng giảm đáng kể ở thời điểm sau đặt máy 1 tháng, 3 tháng so với trước khi đặt máy. Các biến chứng sớm ghi nhận là bầm da quanh vị trí đặt máy (15,8%), không có biến chứng muộn. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật là 100%. Tỷ lệ thành công về lâm sàng là 92,1% sau 3 tháng. Chất lượng cuộc sống cải thiện sau 3 tháng có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Trung Cang** (2011), "Đánh giá kết quả cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Kiên Giang", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 15, tr. 130-135.
2. **Chung Tân Định** (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị rối

loạn nhịp chậm bằng cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Sóc Trăng, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Đại học Y dược Cần Thơ.

3. **Ngô Lâm Sơn** (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân trước và sau đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn hai buồng tại bệnh viện Trung Ương Huế, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y dược, Đại học Huế.
4. **Nguyễn Tri Thức** (2014), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vai trò máy tạo nhịp hai buồng trong điều trị rối loạn nhịp chậm tại Bệnh Viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 18, tr. 168-174.
5. **Ngô Hoàng Toàn** (2022), "Nghiên cứu chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan đến sự thay đổi chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân rối loạn nhịp chậm có chỉ định cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn", Tạp chí Y học Việt Nam.
6. **Andi E. Albertsen, Jens C. Nielsen et al.** (2008), "Biventricular pacing preserves left ventricular performance in patients with high-grade atrio-ventricular block: a randomized comparison with DDD(R) pacing in 50 consecutive patients", European Society of Cardiology, 10, pp. 314-320.
7. **Kenneth A. Ellenbogen, Karoly Kaszala** (2020), Cardiac Pacing and ICDs, John Wiley & Sons Ltd, pp. 20-200.
8. **Michele Brignole, Gonzalo Baron-Esquivias** (2013), "ESC guideline on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: The task for on cardiac pacing and resynchronization therapy for of the European Society of Cardiology (ESC)", European Society of Cardiology(15(8):1070), pp. 118.
9. **Nora Golschlager, Paul Ludemretal** (2017), Clinical Cardiac Pacing, 3rd Saunders Company, pp. 500-808.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Phúc¹, Lê Tiến Viện¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 100 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có kết quả cấy máu dương tính từ 01/2020 đến 12/2020. **Kết luận:** Tỷ lệ nhạy cảm amikacin (82.3%), fosfomycin (95.4%), meropenem (77.3%), ertapenem (76.8%), imipenem (76.2%). E. coli đề kháng cefuroxim (69.2%),

ampicilin (68%), ceftriaxon (60.7%), ciprofloxacin (50%), với levofloxacin (46.7%). K. pneumoniae đề kháng ampicillin 63.64%, cefuroxim 63.64%, ceftriaxon 54.55%, amocillin-clavulanicacii 50%. Tỷ lệ đề kháng methicilin 69.2%, kháng MRSA 61.5%. A baumannii đề kháng ertapenem, imipenem, meropenem lần lượt 55.6%, 77.8%, 77.8%. Enterococcus faecalis kháng ampicillin/sulbactam 75%, ceftazidim 62.5%.

Từ khóa: Sốc nhiễm khuẩn; Kháng kháng sinh; Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

SUMMARY

THE STUDY WAS TO ASSESS THE LEVEL OF ANTIBIOTIC RESISTANCE OF BACTERIA IN PATIENTS WITH SEPTIC SOCK AT NGHE AN GENERAL HOSPITAL

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Phúc

Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023