

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CẮY MÁY TẠO NHỊP TIM VĨNH
VIỄN Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG SUY NÚT XOANG
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lê Văn Cường^{1*}, Trần Việt An²

1. Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: drcuongdktpct@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng suy nút xoang chiếm 60% các rối loạn nhịp chậm, làm tăng nguy cơ tử vong lên gấp 1,39 lần. Phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả là cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân hội chứng suy nút xoang được cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu trên 61 bệnh nhân hội chứng suy nút xoang được cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ tháng 02 năm 2019 đến tháng 06 năm 2020. Bệnh nhân được theo dõi đánh giá 3 thời điểm: trước cấy máy, sau cấy máy 1 tháng và sau cấy máy 3 tháng. **Kết quả:** Có 19 bệnh nhân cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn một buồng thất và 42 bệnh nhân cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng. Tuổi bệnh nhân trung bình 69 ± 13 tuổi. Triệu chứng lâm sàng của hội chứng suy nút xoang cải thiện sau 1 tháng và 3 tháng. Thành công về kỹ thuật đạt 100%, thành công về lâm sàng đạt 91,5% khi xuất viện và đạt 100% sau 3 tháng. Theo dõi sau 3 tháng, cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn làm xuất hiện hở van ba lá mới mức độ rất nhẹ với tỷ lệ 4,9% và tiến triển từ mức độ rất nhẹ đến mức độ nhẹ với tỷ lệ 11,5%. **Kết luận:** Cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn cải thiện triệu chứng lâm sàng cho bệnh nhân hội chứng suy nút xoang, thành công về kỹ thuật và lâm sàng đạt tỷ lệ cao, chỉ làm gia tăng hở van ba lá đến mức độ nhẹ với tỷ lệ thấp.

Từ khóa: máy tạo nhịp tim, hội chứng suy nút xoang

ABSTRACT

EVALUATING TREATMENT RESULTS OF PERMANENT
PACEMAKER IN SICK SINUS SYNDROME PATIENTS
AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Le Van Cuong^{1*}, Tran Viet An²

1. Can Tho General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Sick sinus syndrome accounts for 60% of bradycardia, increasing mortality by 1.39 times. Implanting permanent pacemaker is a safe and effective treatment. **Objectives:** Evaluating treatment results of permanent pacemaker in sick sinus syndrome patients at Can Tho General Hospital. **Subjects and methods:** A prospective study of 61 patients with sick sinus syndrome who had implanted permanent pacemaker at Can Tho General Hospital from February 2019 to June 2020. Patients were followed-up and evaluated: before implant, 1 months after implant and 3 months after implant. **Results:** There were 19 patients implanted with single chamber and 42 patients implanted dual chamber. The average patient's age was 69 ± 13 years. Clinical symptoms improved after 1 month and 3 months. Technical success reached 100%, clinical success reached 91.5% with good results upon discharge and reached 100% after 3 months. Over the 3-month follow-up, permanent pacemaker implantation revealed a new mild tricuspid regurgitation at 4.9% and progressed to mild regurgitation with a rate of 11.5%. **Conclusion:** Permanent pacemaker implantation improves clinical symptoms for patients with sick sinus syndrome, clinical and technical success are high, progressed to mild tricuspid regurgitation with a low rate.

Keywords: pacemaker, sick sinus syndrome, tricuspid regurgitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng suy nút xoang chiếm 60% các rối loạn nhịp chậm, khoảng 0,3% dân số chung, và chiếm hơn 50% bệnh nhân cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn hàng năm ở Mỹ [13]. Hội chứng suy nút xoang làm tăng tỷ lệ tử vong gấp 1,39 lần; đặc biệt tăng nguy cơ rung nhĩ gấp 5,75 lần và tăng tỷ lệ cấy máy tạo nhịp tim lên gấp 53,7 lần [7]. Có rất nhiều nghiên cứu chứng minh cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả [10,14].

Tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, kỹ thuật cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn được triển khai từ tháng 2 năm 2017. Trong hơn 2 năm triển khai, chúng tôi đã thực hiện hơn 150 ca, trong đó hội chứng suy nút xoang chiếm tỷ lệ hơn 2/3, bệnh viện có báo cáo số liệu thống kê nhưng chưa có nghiên cứu nào theo dõi và đánh giá kết quả cải thiện lâm sàng của bệnh nhân sau điều trị. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Nghiên cứu kết quả điều trị cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn ở bệnh nhân hội chứng suy nút xoang tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ” với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân hội chứng suy nút xoang được cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng

2.1.1 Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân bị hội chứng suy nút xoang nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ trong thời gian từ 02/2019 đến 06/2020.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các bệnh nhân bị hội chứng suy nút xoang, có chỉ định cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn theo hướng dẫn điều trị của ESC năm 2013 [9]. Nhóm I: Hội chứng suy nút xoang với bằng chứng nhịp chậm có triệu chứng, bao gồm những khoảng ngưng xoang thường xuyên gây ra triệu chứng. Nhóm IIa: Hội chứng suy nút xoang xảy ra một cách tự nhiên hay là do hậu quả của việc điều trị thuốc thiết yếu, có nhịp tim nhỏ hơn 40 lần/phút, và có sự liên hệ rõ rệt giữa triệu chứng và nhịp chậm.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân mắc các bệnh lý cấp tính không thể cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn: nhiễm trùng huyết, tăng kali máu > 5,5 mmol/l, nhiễm trùng thành ngực nơi cấy máy,... Bệnh nhân bất thường cấu trúc vùng ngực khó khảo sát được siêu âm tim. Bệnh nhân chấn thương van ba lá, bệnh nhân hở van ba lá nặng trước khi cấy máy tạo nhịp. Bệnh nhân không tái khám đúng theo lịch hẹn. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu cắt ngang:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy. Với $\alpha = 0,05$ độ tin cậy 95% nên $Z(1-\alpha/2) = 1,96$.

p: kết quả điều trị cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn, theo Chung Tấn Định [3] kết quả đạt 97,8%, do đó $p = 0,978$.

d: sai số cho phép, chọn $d = 0,04$.

Từ công thức trên tính được cỡ mẫu tối thiểu $n = 52$ bệnh nhân, thực tế chúng tôi thu thập được 61 bệnh nhân

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện theo tiêu chuẩn chọn bệnh.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân:
+ Tuổi trung bình:
+ Đặc điểm loạn nhịp trên holter điện tâm đồ 24 giờ: ngưng xoang trên 3 giây, nhịp chậm có triệu chứng và hội chứng nhịp nhanh nhịp chậm.

- Đánh giá về kỹ thuật cấy máy:
+ Loại máy được cấy: chia làm hai nhóm: máy 01 buồng (VVI: bệnh nhân có rung nhĩ hoặc cuồng nhĩ mạn) hoặc máy 02 buồng (DDD: các trường hợp còn lại).

+ Thời gian cấy máy: là khoảng thời gian tiến hành thủ thuật, tính bằng phút

+ Thời gian chiếu tia X: từ lúc bắt đầu cấy máy đến khi kết thúc thủ thuật.

- Tai biến sớm sau khi đặt máy: (tính đến thời điểm ra viện)

+ Tụ máu vùng đặt máy: là tình trạng máu tụ căng to lớn hơn bình thường vùng đặt máy

+ Chọc vào động mạch: đâm kim chọc vào động mạch nách hoặc động mạch dưới đòn.

+ Nhiễm trùng: là tình trạng nhiễm khuẩn hệ thống tạo nhịp

+ Sút điện cực: vị trí đầu điện cực không còn ở vị trí như khi đặt.

+ Rối loạn nhịp tim: bệnh nhân có rung thất hoặc ngưng tim.

- Đánh giá kết quả cấy máy:

+ Thành công kỹ thuật: Theo Peter H. Bellot [8], đánh giá thành công về kỹ thuật: dựa vào 3 tiêu chí: (1) Diễn biến và kết quả quá trình cấy máy: cấy máy thành công, ngưỡng kích thích khởi đầu $< 1V$, các tai biến xử trí có kết quả. (2) Hoạt động chức năng máy tạo nhịp tim: dẫn nhịp hoàn toàn theo tần số máy đã cài, không có rối loạn nhận cảm, tai biến trong phẫu thuật. (3) Hậu phẫu vết mổ: vết mổ liền tốt, không có nhiễm trùng tại chỗ cấy máy. Nếu có 1 trong 3 tiêu chí không thỏa mãn, đánh giá là không thành công về thủ thuật.

+ Thành công về lâm sàng: Theo tác giả Nora Goldschlager [11] dựa vào 5 tiêu chuẩn: hoạt động dẫn nhịp, hoạt động nhận cảm, hoạt động chức năng của máy, biến chứng, lâm sàng. Chia làm 3 mức độ:

• Tốt: có $\geq 2/5$ tiêu chuẩn xếp vào nhóm tốt.

• Trung bình: có $\geq 2/5$ tiêu chuẩn xếp vào nhóm trung bình.

• Xấu: có $\geq 1/5$ tiêu chuẩn xếp vào nhóm xấu.

+ Tăng độ nặng của hở van ba lá: Bệnh nhân được siêu âm tim kiểm tra sau 1 tháng và 3 tháng cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn. Mức độ hở van ba lá được so sánh với thời điểm trước cấy máy. Các mức độ hở van hai lá và ba lá như sau [6]:

• Rất nhẹ: Dòng phụt ngược chiếm dưới 20% diện tích nhĩ phải.

• Nhẹ: Dòng phụt ngược chiếm 20-40% diện tích nhĩ phải.

• Vừa: Dòng phụt ngược chiếm $> 40-50\%$ diện tích nhĩ phải.

• Nặng: Dòng phụt ngược chiếm hơn 50% diện tích nhĩ phải.

2.2.5. Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0: Kết quả được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ bánh, biểu đồ thanh. Biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình \pm độ

lệch chuẩn. kiểm định T-test được dùng cho biến số định lượng, các biến số sau 1 tháng và 3 tháng dùng phép kiểm so sánh cặp. Kết quả so sánh khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân:

- Tuổi: cao nhất: 97, thấp nhất: 45, trung bình: $69 \pm 13,3$ tuổi
- Đặc điểm loạn nhịp trên holter điện tâm đồ 24 giờ

Bảng 1. Đặc điểm holter điện tâm đồ 24 giờ

Đặc điểm holter	Đối tượng nghiên cứu (n)	Tỷ lệ(%)
Ngưng xoang trên 3 giây	12	19,7
Nhịp nhanh nhịp chậm	7	11,5
Nhịp chậm có triệu chứng	42	68,8

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nhịp chậm có triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 68,8%.

3.2. Đặc điểm của cấy máy

Loại máy được cấy

Bảng 2. Loại máy được cấy

Loại máy	Đối tượng nghiên cứu (n)	Tỷ lệ %
Máy 1 buồng	19	31,1
Máy 2 buồng	42	68,9

Nhận xét: Bệnh nhân cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn 2 buồng chiếm tỷ lệ cao hơn (68,9%).

Thời gian cấy máy, thời gian chiếu tia X

Bảng 3. Thời gian cấy máy và thời gian chiếu tia X

Thời gian	Máy 1 buồng	Máy 2 buồng	p
Thời gian cấy máy (phút)	$52,6 \pm 11,8$	$61,3 \pm 10,5$	0,01
Thời gian chiếu tia X (phút)	$5,4 \pm 3,4$	$7,0 \pm 3,5$	0,1

Nhận xét: thời gian cấy máy một buồng ngắn hơn so với cấy máy hai buồng.

3.3. Đánh giá kết quả của cấy máy

3.3.1 Tỷ lệ thành công về kỹ thuật

Bảng 4. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật

Tiêu chuẩn đánh giá	Số ca	
	Đạt n (%)	Không đạt n (%)
Quá trình cấy máy	61 (100)	0 (0)
Hoạt động chức năng máy tạo nhịp	61 (100)	0 (0)
Hậu phẫu vết mổ	61 (100)	0 (0)

Nhận xét: tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật đạt 100%

3.3.2 Tỷ lệ thành công về lâm sàng

Bảng 5. Kết quả lâm sàng về cấy máy tạo nhịp

Kết quả	Lúc xuất viện		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	58	95,1	60	98,4	61	100
Trung bình	3	4,9	1	1,6	0	0
Xấu	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: có 95,1% bệnh nhân đạt kết quả tốt khi xuất viện, và đạt 100% sau 3 tháng.

3.3.3 Các biến chứng sớm trong quá trình cấy máy

Bảng 6. Các biến chứng sớm trong quá trình cấy máy

Biến chứng	Đối tượng nghiên cứu (n)	Tỷ lệ %
Chọc vào động mạch	3/61	4,9
Bầm da vị trí cấy máy	6/61	9,8
Rối loạn nhịp tim	0	0
Tử vong	0	0

Nhận xét: biến chứng chọc vào động mạch 4,9%, bầm da nơi cấy máy 9,8%

3.3.4. Tăng độ nặng hồ van ba lá sau 1 tháng, 3 tháng

Bảng 7. Tỷ lệ tăng hồ van ba lá

Mức độ tăng hồ van ba lá	Đối tượng nghiên cứu (n)	Tỷ lệ %
Không → Rất nhẹ	3/61	4,9
Rất nhẹ → Nhẹ	7/61	11,5
Nhẹ → Vừa, Nặng	0	0

Nhận xét: Không có sự tăng hồ van ba lá đến mức độ vừa và nặng.

Bảng 8. Tỷ lệ hồ van ba lá tại các thời điểm

Mức độ hồ van ba lá	Trước cấy máy		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng		P
	n	%	n	%	n	%	
Không	7	11,5	6	9,8	4	6,6	<0,05
Rất nhẹ	33	54,1	31	50,8	29	47,5	
Nhẹ	19	31,1	22	36,1	26	42,6	
Vừa	2	3,3	2	3,3	2	3,3	
Nặng	0	0	0	0	0	0	

Nhận xét: Không có sự thay đổi của hồ van ba lá mức độ vừa và nặng.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm của cấy máy

Đánh giá về kỹ thuật cấy máy

Trong mẫu nghiên cứu có 19 ca đặt máy 1 buồng (31,1%). Thực tế, trừ 5 ca có rung nhĩ chậm, còn lại tất cả 56 ca đều có chỉ định cấy máy 2 buồng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ cấy máy hai buồng cao hơn chiếm 68,9%. Tỷ lệ này cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Hà Thúy Châm [2], máy 2 buồng chiếm 72%. Kết quả trái ngược với nghiên cứu của tác giả Chung Tấn Định [3], máy 2 buồng chiếm 31,4%.

Thời gian cấy máy, thời gian chiếu tia X

Thời gian quá trình thực hiện kỹ thuật cấy máy tạo nhịp là một chỉ số quan trọng, đồng thời nó phản ánh mức độ khó khăn, phức tạp ở từng cá nhân khác nhau và kinh nghiệm của người thực hiện. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian trung bình của 1 ca cấy máy 1 buồng là $56,2 \pm 11,8$ phút và của máy 2 buồng là $61,3 \pm 10,5$ phút. Kết quả tương tự như nghiên cứu của tác giả Chung Tấn Định [3], thời gian cho cấy máy 1 buồng và 2 buồng lần lượt là $56,1 \pm 7,2$ phút và $108,9 \pm 28,1$ phút. Sự kéo dài thời gian thủ thuật liên quan đến sự gia tăng của các biến chứng, trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tri Thức [4], việc thời gian thủ thuật kéo dài trên 60 phút gia tăng gấp 3,53 lần nguy cơ biến chứng.

Thời gian chiếu tia X trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,4 phút ở máy 1 buồng, 7,0 phút ở máy 2 buồng. So với nghiên cứu của tác giả Bakhtawar Shah [15] trên

800 bệnh nhân, thời gian chiếu tia X trung bình là dưới 10 phút. Không có sự khác biệt giữa cây máy tạo nhịp 1 buồng và 2 buồng. Về mặt lý thuyết thì cây máy tạo nhịp 1 buồng thời gian chiếu tia sẽ ngắn hơn. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa này có thể do số lượng bệnh nhân chưa đủ lớn hoặc do sự không tương đồng về các đặc điểm giữa hai nhóm.

4.2 Đánh giá kết quả của cây máy

4.2.1 Tỷ lệ thành công về kỹ thuật

Về mặt kỹ thuật chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thành công là 100%, kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác như của Chung Tấn Định [3] là 97,8%, của Huỳnh Trung Cang [1] là 98%. Sở dĩ tỷ lệ thành công cao là do sự tổng hợp từ nhiều yếu tố. Từ bước đầu chỉ định đúng, chuẩn bị bệnh nhân trước thủ thuật chu đáo, các phương tiện máy móc đầy đủ, xử trí tốt các tai biến, trình độ chuyên môn của ekip được đào tạo vững vàng và sự thừa hưởng kỹ thuật chuyên gia của tuyến trên.

4.2.2 Tỷ lệ thành công về lâm sàng

Sau cây máy tạo nhịp vĩnh viễn, tại thời điểm ra viện, chúng tôi ghi nhận có 95,1% bệnh nhân có kết quả tốt, có 4,9% bệnh nhân có kết quả trung bình, không có kết quả xấu. Sau 3 tháng theo dõi, đạt 100% bệnh nhân có kết quả lâm sàng tốt. Tạo nhịp tim có tác dụng kích thích hệ thống phát xung và dẫn truyền trong tim, nhằm nâng tần số tim gần về mức sinh lý. Những chuyển biến tích cực liên qua đến sự đảm bảo huyết động ổn định giúp phục hồi khả năng lao động và sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân, mặc dù một số bệnh nhân còn có các triệu chứng lâm sàng là do các bệnh kèm theo gây ra. Nghiên cứu của các tác giả khác cũng ghi nhận tỷ lệ thành công về mặt lâm sàng tương đồng, như của tác giả Chung Tấn Định [3] là 95,6%.

4.2.3 Các biến chứng sớm trong kỹ thuật cấy máy

Nghiên cứu của chúng tôi, có hai biến chứng sớm là đâm trúng động mạch (4,9%) và bầm da nơi vị trí cấy máy (9,8%), không có biến chứng nặng nguy hiểm. Trong các nghiên cứu của Chung Tấn Định [3], có ghi nhận các biến chứng rối loạn nhịp nguy hiểm trong lúc đặt máy như ngưng xoang kéo dài 1 ca chiếm tỉ lệ 2,2% (phải xoa bóp tim ngoài lồng ngực và dùng adrenline). Các nghiên cứu trong nước khác có báo cáo các trường hợp rối loạn nhịp cần cấp cứu ngay trong lúc làm thủ thuật như nghiên cứu của Phạm Hữu Văn [5] ghi nhận có 01 ca rung thất chiếm tỉ lệ 0,01%. Nhìn chung, các biến chứng nguy hiểm về rối loạn nhịp trong quá trình tiến hành thủ thuật cấy máy thường thấp, và đều được cấp cứu kịp thời. Các rối loạn nhịp này có thể là do chính bệnh nền, do dùng thuốc vận mạch hoặc do đầu dây điện cực kích thích khi đưa vào thất phải. Nghiên cứu của tác giả Nowak B [12] trên số lượng mẫu rất lớn ($n = 17826$), ghi nhận các biến chứng sớm của cây máy tạo nhịp vĩnh viễn như: vô tâm thu, rung thất, tụ máu túi máy, tràn khí màng phổi, ...

4.2.4 Tăng độ nặng hở van ba lá sau 1 tháng, 3 tháng

Tại thời điểm trước cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn, số bệnh nhân không hở van ba lá, hở rất nhẹ, hở nhẹ và vừa lần lượt là 7 (11,5%), 33 (54,1%), 19 (31,1%) và 2 (3,3%). Nhóm bệnh nhân hở van ba lá nặng nằm trong tiêu chuẩn loại trừ, không đưa vào nhóm nghiên cứu. Sau thời gian theo dõi 3 tháng, có 3 (4,9%) bệnh nhân xuất hiện hở van ba lá mới với mức độ rất nhẹ, có 7 (11,5%) bệnh nhân hở van ba lá mức độ rất nhẹ tiến triển thành hở van ba lá mức độ nhẹ, không có bệnh nhân nào tăng lên mức độ hở van ba lá vừa hoặc nặng. So sánh với nghiên cứu của tác giả Hà Thúy Châm [2]: trước cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn không có bệnh nhân nào có mức độ hở van ba lá mức độ nặng, sau 3 tháng theo dõi có tới 16 bệnh nhân (32%) bệnh nhân có hở van ba lá mức độ nặng, số bệnh nhân gia tăng gồm có 5 bệnh nhân ở nhóm có mức độ hở van ba lá mức độ vừa và 1 bệnh nhân ở nhóm có mức độ hở

van ba lá mức độ nhẹ. Sự khác biệt kết quả giữa hai nghiên cứu có thể do ngay thời điểm ban đầu trong nghiên cứu của tác giả Hà Thúy Châm [2], nhóm bệnh nhân hở van ba lá mức độ nhẹ và vừa chiếm tỷ lệ 66%, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là 31%. Trên những bệnh nhân có tổn thương hở van ba lá có sẵn có thể dễ tiến triển thành mức độ nặng hơn.

Hạn chế của nghiên cứu là chỉ đánh giá tăng hở van ba lá dựa vào diện tích dòng phụt ngược so với diện tích nhĩ phải, mà không đánh giá cơ chế của hở van, cũng như chưa đánh giá được sự ảnh hưởng của sự xuất hiện hở van ba lá mới hoặc gia tăng độ nặng của hở van ba lá nên chức năng của thất phải (đánh giá thông qua vận tốc vòng van ba lá trong thì tâm thu (S'), vận động vòng van ba lá trong thì tâm thu (TAPSE),...), hay ảnh hưởng đến các thông số huyết động của tim.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá kết quả cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn: thành công về mặt kỹ thuật là 100%; thành công về lâm sàng: đạt 95,1% tốt khi xuất viện, tỷ lệ tăng lên sau 1 tháng, và đạt 100% sau 3 tháng; tỷ lệ biến chứng sớm là 14,7% bao gồm: chọc vào động mạch, bầm da vị trí cấy máy; tăng hở van ba lá đến mức độ nhẹ sau 3 tháng chiếm 16,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Trung Cang và Phạm Minh Thanh (2011), *Đánh giá kết quả cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn tại bệnh viện Đa Khoa tỉnh Kiên Giang*. Y học Thành Phố Hồ Chí Minh. 15(4): tr. 130-135.
2. Hà Thúy Châm (2017), *Nghiên cứu một số thay đổi của van ba lá và nhịp tim trên bệnh nhân trước và sau cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn*. Tạp chí Khoa học ĐHQGHN, Khoa học Y Dược. 33(1): tr. 84-91.
3. Chung Tấn 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 năm 2017-2018*. Luận văn tốt nghiệp Chuyên khoa cấp II. Đại học Y dược Cần Thơ.
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*. Luận văn tốt nghiệp Chuyên khoa cấp II. Đại học Y dược Huế.
5. Phạm Hữu Văn (2010), *Nghiên cứu biến đổi ngưỡng kích thích, huyết động trong điều trị rối loạn nhịp chậm bằng cấy máy tạo nhịp tim*. Luận án tiến sĩ y khoa. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
6. Nguyễn Anh Vũ (2014), *Siêu âm tim cập nhật chẩn đoán*, Nhà xuất bản Đại học Y Huế, tr.72-74.
7. Alonso A., et al. (2014), *Association of sick sinus syndrome with incident cardiovascular disease and mortality: the Atherosclerosis Risk in Communities study and Cardiovascular Health Study*. PLoS One. 9(10): p. e109662.
8. Bellot P. H. (2017), *Clinical Cardiac Pacing, Defibrillation and Resynchronization Therapy 5th*. Elsevier, Chapter 26. Permanent Pacemaker and Implantable Cardioverter-Defibrillator Implantation in Adults: p. 631-690.
9. Brignole M., et al., (2014), *2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy*. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 67(1): p. 58.
10. Carrión-Camacho M. R., et al. (2019), *Safety of Permanent Pacemaker Implantation: A Prospective Study*. J Clin Med. 8(1).
11. Goldschlager N., et al. (2017), *Clinical Cardiac Pacing, Defibrillation and Resynchronization Therapy 5th*. Elsevier, Chapter 40. Follow-Up of Cardiac Implantable Electronic Devices - Remote Monitoring and in Person: p. 1133-1157.

12. Nowak B., et al. (2010), *Do gender differences exist in pacemaker implantation?--results of an obligatory external quality control program*. *Europace*. 12(2): p. 210-5.
 13. Semelka M., J. Gera, and S. Usman (2013), *Sick sinus syndrome: a review*. *Am Fam Physician*. 87(10): p. 691-6.
 14. Senaratne J., et al. (2018), *Safety and efficacy of AAIR pacing in selected patients with sick sinus syndrome*. *Medicine (Baltimore)*. 97(42): p. e12833.
 15. Shah B., et al. (2017), *Permanent Pace Maker Implantation Through Axillary Vein Approach*. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 29(2): p. 241-245.
- (Ngày nhận bài: 05/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 14/09/2020)
-