

cáo trường hợp bệnh Viêm não vi rút và COVID-19 đạt.

Có mối liên quan giữa độ tuổi, trình độ chuyên môn của cán bộ thực hiện báo cáo với chất lượng báo cáo. Không có mối liên quan giữa đơn vị có sự kiểm tra, giám sát hỗ trợ của tuyến trên đối với công tác báo cáo, có cán bộ chuyên trách thực hiện báo cáo với chất lượng báo cáo.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Thông tư 54/2015/TT-BYT. Thông tư hướng dẫn chế độ thông tin báo cáo và khai báo dịch bệnh truyền nhiễm.
2. Cổng Thông tin điện tử Sở Y Tế Nghệ An. Accessed April 12, 2022. <http://www.yte.nghean.gov.vn/wps/portal/soyte>
3. Hoàng Nghĩa Thắng, Phạm Thọ Dược, Phạm Ngọc Thanh, Phan Thị Thanh Thảo. Thực trạng triển khai hệ thống báo cáo trường hợp bệnh truyền nhiễm trực tuyến tại các tỉnh Tây Nguyên năm 2017, Tạp chí Y học dự phòng, 2018; 28(7): 73 -77.
4. Đỗ Kiến Quốc, Nguyễn Thị Phương Thúy, Đoàn Ngọc Minh Quân, et al. (2017). Thực trạng triển khai hệ thống báo cáo bệnh truyền nhiễm trực tuyến tại khu vực phía Nam năm 2017. Tạp chí Y học dự phòng, Tập 27, số 11: 385.
5. Bùi Huy Hoàng. (2019). Thực trạng báo cáo các bệnh truyền nhiễm tuyến y tế cơ sở của thành phố Hà Nội năm 2019 và một số yếu tố liên quan. Luận văn thạc sỹ y học dự phòng. 2019: 37-58.
6. JANATI A, HOSSEINY M, GOUYA MM, MORADI G, GHADERI E. Communicable Disease Reporting Systems in the World: A Systematic Review Article. Iran J Public Health. 2015; 44(11):1453-1465.
7. Dehcheshmeh NF, Arab M, Foroushani AR, Farzianpour F. Survey of Communicable Diseases Surveillance System in Hospitals of Iran: A Qualitative Approach. Glob J Health Sci. 2016;8(9):44-57.
8. Johnson MG, Williams J, Lee A, Bradley KK. Completeness and Timeliness of Electronic vs. Conventional Laboratory Reporting for Communicable Disease Surveillance—Oklahoma, 2011. Public Health Rep. 2014;129(3):261-266.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SIÊU ÂM TIM CỦA BỆNH NHÂN RUNG NHĨ ĐƯỢC TRIỆT ĐỐT BẰNG NĂNG LƯỢNG SÓNG CÓ TẦN SỐ RADIO

Phạm Trường Sơn\*, Phạm Văn Chính\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, siêu âm tim ở bệnh nhân rung nhĩ được triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số radio. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 34 bệnh nhân được triệt đốt rung nhĩ bằng năng lượng sóng có tần số radio tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Các bệnh nhân được thu thập các đặc điểm lâm sàng, siêu âm tim. **Kết quả:** tuổi trung bình là 53,8 ± 13,5 tuổi, chủ yếu là nam giới (70,6%), rung nhĩ cơn chiếm tỷ lệ chủ yếu (94,11%), thời gian mắc rung nhĩ trung bình 33,9 ± 33,3 tháng, triệu chứng hay gặp nhất là hồi hộp trống ngực (100%) và mệt (70,6%), mức độ triệu chứng chủ yếu là độ III (58,8%). Đa phần bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm (76,7%), BN có chỉ định dùng chống đông là 47,1%, số BN thực tế dùng thuốc chống đông là 32,4%. Các bệnh nhân đều có chức năng thất trái bình thường, rối loạn chức năng tâm trương chủ yếu độ I (82,4%). **Kết luận:** Các bệnh nhân được triệt đốt chủ yếu là rung nhĩ cơn, đa phần có bệnh lý tim mạch đi kèm, mức độ triệu chứng nhiều, số bệnh nhân dùng thuốc chống đông trong thực tế ít hơn so với khuyến cáo, tất cả bệnh nhân có chức năng thất trái bình thường.

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS, ECHOCARDIOGRAPHY PARAMETERS IN ATRIAL FIBRILLATION PATIENTS WHO UNDERWENT RADIOFREQUENCY ABLATION

**Objectives:** to evaluate clinical characteristics, echocardiography parameters in atrial fibrillation patients who underwent radiofrequency ablation. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was carried on 34 atrial fibrillation patients undergoing radiofrequency ablation at 108 Military Central Hospital from 3/2019 to 10/2021. All clinical characteristics were collected and echocardiography parameters were measured. **Results:** mean age was 53.8 ± 13.5 years old, mainly men (70.6%), paroxysmal atrial fibrillation accounted for the majority (94.11%), the average duration of atrial fibrillation was 33.9 ± 33.3 months. The most common symptoms were palpitations (100%) and fatigue (70.6%), the severity of symptom was mostly grade 3 (58.8%). The majority of patients had cardiovascular risk factors (76.7%), the percentage of patients indicated for anticoagulation usage was 47.1%, whereas the percentage of patients taking anticoagulants was 32.4%. All patients had normal EF, diastolic dysfunction was seen in 82.4%. **Conclusion:** paroxysmal atrial fibrillation accounted for the majority, most patients had cardiovascular risk factors, the severity of symptom was mostly high grade, the number of patient taking anticoagulation was less than that as guided. **Key words:** atrial fibrillation, ablation, clinical characteristics.

\*Viện tim mạch, Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trường Sơn

Email: ptson108@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 3.6.2022

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ là loại rối loạn nhịp khá phổ biến trên lâm sàng, hay gặp ở nam hơn so với nữ, tăng dần theo tuổi, gia tăng ở bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tim mạch [1]. Rung nhĩ làm tăng nguy cơ tử vong lên 2,4 đến 3,5 lần, tăng nguy cơ đột quỵ lên gần 4 - 5,7 lần [1]. Cải thiện triệu chứng là một trong những điều trị nền tảng của rung nhĩ. Phương pháp điều trị cô lập tĩnh mạch phổi bằng năng lượng sóng có tần số radio cho thấy cải thiện triệu chứng, duy trì nhịp xoang tốt hơn so với điều trị bằng thuốc [2, 3]. Điều trị bằng triệt đốt đã được đưa vào khuyến cáo của các hiệp hội tim mạch quốc tế [4]. Ở Việt Nam hiện nay mới chỉ có một vài trung tâm triển khai triệt đốt rung nhĩ với số lượng còn hạn chế. Đặc điểm lâm sàng, siêu âm tim ở các bệnh nhân rung nhĩ sẽ ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị ngắn hạn cũng như dài hạn của phương pháp triệt đốt bằng năng lượng sóng tần số radio. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*đánh giá đặc điểm lâm sàng, siêu âm tim ở bệnh nhân rung nhĩ được triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số radio*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 34 bệnh nhân rung nhĩ được điều trị triệt đốt cô lập tĩnh mạch phổi bằng năng lượng sóng có tần số radio tại khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 3 năm 2019 đến tháng 10 năm 2021.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** gồm các bệnh nhân được triệt đốt cô lập tĩnh mạch phổi bằng năng lượng sóng có tần số radio theo khuyến cáo của Hiệp hội Nhịp tim hoa kỳ năm 2017 [4]:

+ Rung nhĩ kịch phát có triệu chứng, dù đã điều trị bằng thuốc chống loạn nhịp (chỉ định loại I) hoặc chưa điều trị bằng thuốc (chỉ định loại IIa)

+ Rung nhĩ bền bỉ dù đã điều trị bằng thuốc chống loạn nhịp (chỉ định loại IIa)

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân suy tim. Bệnh van tim có chỉ định phẫu thuật tim. Nhiễm khuẩn cấp. Rối loạn đông máu. Huyết khối trong buồng tim. Tai biến mạch máu não trong vòng 3 tháng. Bệnh nhân có Blocc nhĩ-thất tiến triển. Bệnh nhân Basedow đang tiến triển. Nhĩ trái giãn > 50mm. Tuổi quá cao (>85 tuổi). Bệnh nhân không đồng ý làm thủ thuật.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang

Các bước tiến hành nghiên cứu: tất cả các BN được làm bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Các bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám lâm

sàng và cận lâm sàng để chọn bệnh nhân rung nhĩ có chỉ định triệt đốt sau đó các bệnh nhân này được triệt đốt bằng sóng tần số radio. Các thông số lâm sàng và siêu âm tim của bệnh nhân rung nhĩ được triệt đốt sẽ được thu thập và xử lí.

\*Hỏi bệnh, khám lâm sàng

- Xác định tuổi, giới.

- Thời gian mắc bệnh: tính từ lần phát hiện rung nhĩ đầu tiên

- Xác định thể rung nhĩ: căn cứ thời gian phát hiện rung nhĩ, lựa chọn 2 loại theo khuyến cáo của hội nhịp học Hoa kỳ năm 2017 để triệt đốt: rung nhĩ cơn (Paroxysmal AF: cơn rung nhĩ xảy ra trong vòng 48 giờ, tối đa trong 7 ngày), rung nhĩ bền bỉ (Persistent AF: rung nhĩ kéo dài trên 7 ngày, rung nhĩ tự hết hoặc chuyển được về nhịp xoang bằng thuốc hay sốc điện)

- Các triệu chứng của rung nhĩ: hồi hộp trống ngực, đau ngực, khó thở, choáng váng, hoa mắt chóng mặt, ngất...

- Đánh giá triệu chứng rung nhĩ theo mức độ hồi hộp theo phân độ EHRA [4]: độ I đến độ IV

- Các bệnh kèm theo: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh động mạch vành, đột quỵ não.

- Tính thang điểm nguy cơ huyết khối CHA2D2-VASc và nguy cơ chảy máu Has-Bled.

- Thuốc dùng trong điều trị rung nhĩ: thuốc chống loạn nhịp, thuốc chống đông

\* Cận lâm sàng

- Làm một số xét nghiệm cơ bản: sinh hoá máu

- Điện tim 12 đạo trình

- Siêu âm tim: đánh giá đường kính và chức năng thất trái, EF, kích thước nhĩ trái, hở van hai lá, áp lực động mạch phổi

\*Holter điện tim 24 giờ: áp dụng cho những bệnh nhân không ghi được hình ảnh rung nhĩ trên điện tim 12 đạo trình (gọi là rung nhĩ khi mất sóng p thay bằng sóng f, QRS không đều về biên độ và tần số, và thời kéo dài trên 30 giây).

**2.3. Xử lý số liệu.** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 để tính toán các thông số trung bình. Để kiểm định sự khác nhau của hai giá trị trung bình, sử dụng test "t". Giá trị  $p < 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân đều được giải thích, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Toàn bộ nội dung và quy trình nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thông qua.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng

**Bảng 1: Đặc điểm tuổi, thời gian bị rung nhĩ**

Thông số	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất
Tuổi	53,8 ± 13,5	25	81
Thời gian bị rung nhĩ	33,9 ± 33,3	2	132

**Nhận xét:** Tuổi trung bình là 53,8 ± 13,5 tuổi, trong đó tuổi cao nhất là 81 tuổi, thấp nhất là 25 tuổi. Thời gian mắc rung nhĩ trung bình là 33,9 ± 33,3 tháng.

**Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý kèm theo**

Bệnh lý	Số Bn (tỷ lệ%)
Tăng huyết áp	13 (38,2)
Đái tháo đường	5 (14,7)
Đột quy não	1 (2,9)
Bệnh mạch vành	5 (14,7)
RLCH lipid	12 (35,3)
Tiền sử cường giáp	1 (2,9)
<b>Tổng</b>	<b>(67,6)</b>

**Nhận xét:** Nam chiếm đa số (70,6%). Phần lớn bệnh nhân đều có yếu tố nguy cơ tim mạch kèm theo (67,6%) trong đó phổ biến nhất là tăng huyết áp (38,2%) và rối loạn chuyển hóa lipid (35,3%). Chỉ có 2,9% có tiền sử đột quy não.

**Bảng 3. Đặc điểm loại rung nhĩ**

Đặc điểm loại RN	Số bệnh nhân (n = 34)	Tỷ lệ %	p
RN cơn	32	94,11	< 0,05
RN bền bỉ	2	5,89	

**Nhận xét:** Đa phần bệnh nhân là rung nhĩ cơn chiếm tỷ lệ 94,11%. Rung nhĩ bền bỉ chiếm tỷ lệ thấp 5,89%.

**Bảng 4: Đặc điểm giới, triệu chứng**

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n = 34)	Tỷ lệ %
Nam	24	70,6
Hồi hộp trống ngực	34	100
Choáng	15	44,6
Ngất	2	5,9
Khó thở	18	52,9
Đau ngực	10	29,7
Mệt	24	70,6

**Bảng 8. Thuốc chống đông trong dự phòng tắc mạch**

Dùng thuốc chống đông	Thông số	Số Bn (tỷ lệ) (n=34)	Tổng (tỷ lệ) (n=34)	p
Số bệnh nhân có chỉ định dùng thuốc chống đông	Nam giới có điểm CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc ≥ 1	12 (35,3)	16 (47,1)	< 0,05
	Nữ giới có điểm CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc ≥ 2	4 (11,8)		
Số bệnh nhân thực tế được dùng thuốc	DOAC	4 (11,8)	7 (20,6)	
	Kháng vitamin K	3 (8,8)		

**Nhận xét:** số bệnh nhân có chỉ định dùng thuốc chống huyết khối là 47,1%. Thực tế, số bệnh nhân được sử dụng thuốc chống huyết khối là 20,6%.

**Nhận xét:** Tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng hồi hộp trống ngực. Các triệu chứng phổ biến khác bao gồm: mệt mỏi (70,6%), khó thở (52,9%), choáng (44,6%). Các triệu chứng ít gặp bao gồm: đau ngực (29,7%), ngất (5,9%).

**Bảng 5. Triệu chứng rung nhĩ theo thang điểm EHRA**

Mức độ triệu chứng theo EHRA	Số bệnh nhân (n = 34)	Tỷ lệ %	p
Độ 1	0	0,0	< 0,05
Độ 2	9	26,5	
Độ 3	20	58,8	
Độ 4	5	14,7	

**Nhận xét:** Tất cả các bệnh nhân đều có mức độ triệu chứng từ độ 2 trở lên trong đó triệu chứng độ 3 là phổ biến nhất (58,8%). Triệu chứng độ 2 và độ 4 lần lượt là 26,5% và 14,7%.

**Bảng 6. Thuốc điều trị chống loạn nhịp**

Loại thuốc	n (tỷ lệ %)	p
Chẹn beta	11(41,2)	< 0,05
Các thuốc khác	Digoxin 1(2,9)	
	Cordaron 1(2,9)	
	Chẹn beta và Cordaron 2(5,9)	
<b>Tổng</b>	<b>15 (58,82)</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân điều trị rung nhĩ bằng thuốc là 58,82%, trong đó phổ biến nhất là chẹn beta (41,2%).

**Bảng 7. Thang điểm chảy máu và thang điểm huyết khối**

Thông số	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất
Điểm CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc	1,3 ± 1,3	0 - 4	4
Điểm HAS-BLED	0,4 ± 0,8	0 - 3	3

**Nhận xét:** Điểm nguy cơ huyết khối CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc trung bình chỉ là: 1,3 ± 1,3, thang điểm chảy máu trung bình: 0,4 ± 0,8, cả hai thang điểm đều khá thấp.

**Bảng 9. Đặc điểm siêu âm**

Thông số	Trung bình
Kích thước nhĩ trái (mm)	
Chiều ngang	33,7 ± 5,3
Chiều dọc	47,5 ± 5,3
Áp lực động mạch phổi (mmHg)	29,2 ± 7,3
EF (%)	67,9 ± 8,0
Thông số	Số Bn (tỷ lệ %)
Hở van hai lá	
Không hở, hở độ 2/4	2 (5,8)
Hở độ 1	32 (94,1)
p	< 0,05
Rối loạn chức năng tâm trương	
độ 2, độ 3	6 (17,6)
độ 1	28 (82,4)
p	< 0,05

**Nhận xét:** kích thước nhĩ trái trung bình chiều ngang 33,7±5,3mm, chiều dọc 47,5±5,3mm. Đa phần bệnh nhân chỉ có hở nhẹ van hai lá (94,1%) và rối loạn chức năng tâm trương độ 1 (82,4%).

#### IV. BÀN LUẬN

Bảng 1 và bảng 4 cho thấy tuổi trung bình 53,8 ± 13,5 tuổi, đa phần bệnh nhân là nam giới (70,6%). Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả trong nước và quốc tế, với Bn rung nhĩ cơn được triệt đốt, Pappone (2006) thấy tuổi trung bình là 56 ± 10 tuổi [5] và Phạm Trần Linh (2016) [7] thấy tuổi trung bình là 55,9 ± 9,6 tuổi với tỷ lệ nam là 87,5%. Các nghiên cứu dịch tễ cho thấy rung nhĩ có xu hướng tăng dần theo tuổi, so với tuổi từ 50-59, các tuổi từ 60-69, 70-79, 80-89 lần lượt có tỷ lệ mắc rung nhĩ cao gấp 4,98; 7,35 và 9,33 lần [6]. Sở dĩ, bệnh nhân rung nhĩ có xu hướng tăng theo tuổi là do tuổi làm gia tăng tình trạng tái cấu trúc nhĩ trái, xơ hóa cơ nhĩ, rối loạn thần kinh thể dịch.

Khoảng 2/3 số bệnh nhân rung nhĩ trong nghiên cứu này đều có bệnh lý nền (bảng 2). Trong đó, trong đó phổ biến nhất là tăng huyết áp (38,2%) và rối loạn chuyển hóa lipid (35,3%). Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác, Phạm Trần Linh cho thấy 69% bệnh nhân rung nhĩ có các bệnh lý nền kèm theo, trong đó phổ biến nhất là tăng huyết áp (51,2%) [7], A.A. Mulder (2012) thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 38%. Điều này có thể do rung nhĩ hay gặp ở bệnh nhân tuổi cao và bệnh lý nền, trong đó tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid là các bệnh lý phổ biến ở người cao tuổi.

Chúng tôi ưu tiên chọn bệnh nhân triệt đốt phần lớn là các bệnh nhân rung nhĩ cơn (bảng

3), chỉ lựa chọn triệt đốt rung nhĩ bền bỉ khi bệnh nhân có triệu chứng nặng và không đáp ứng với dùng thuốc. Theo các nghiên cứu, triệt đốt rung nhĩ cơn cho tỷ lệ thành công cao hơn, tái phát ít hơn so với triệt đốt rung nhĩ dai dẳng và rung nhĩ bền bỉ [1].

Bảng 4 cho thấy, triệu chứng chủ yếu là hồi hộp trống ngực (100%), sau đó là mệt mỏi (70,6%), khó thở (52,9%), choáng (44,6%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Trần Linh [7] với 42 bệnh nhân rung nhĩ cơn cũng thấy 100 % có hồi hộp trống ngực, các triệu chứng khác gồm mệt mỏi chiếm 72,1%, đau ngực chiếm 69,3%, khó thở khi gắng sức chiếm 41,9% và chóng mặt chiếm 30,2%. Sở dĩ trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, tỷ lệ đau ngực ít hơn (29,7%) có thể do triệu chứng của bệnh nhân còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: tần số thất, chức năng tim, các bệnh lý đi kèm và sự nhạy cảm của từng bệnh nhân.

Tất cả các bệnh nhân triệt đốt của chúng tôi đều có triệu chứng theo thang điểm EHRA từ độ 2 trở lên (bảng 5), trong đó triệu chứng độ 3 là phổ biến nhất. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Phạm Trần Linh với mức độ triệu chứng theo EHRA trung bình là 3,19 ± 0,45 [7]. Như vậy, đa phần các bệnh nhân triệt đốt đều đã có triệu chứng nhiều, ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, có lẽ ở Việt Nam có rất ít trung tâm có thể triệt đốt rung nhĩ và cũng do hiểu biết chưa đầy đủ của người bệnh và nhân viên y tế nên chỉ khi bệnh nhân có triệu chứng nặng thì mới được chuyển đến các trung tâm để điều trị triệt đốt.

Phần lớn các bệnh nhân đều được điều trị thuốc chống loạn nhịp (58,82%) trong đó phổ biến nhất là chẹn beta (41,2%) (bảng 6). Cũng do ít trung tâm triệt đốt được rung nhĩ nên các bệnh nhân thường được điều trị bằng thuốc trước và khi không kiểm soát được triệu chứng bằng thuốc mới được chỉ định triệt đốt. Đặc điểm này cũng phù hợp với thời gian mắc rung nhĩ trung bình lên tới 33,9±33,3tháng. Trong nghiên cứu của Phạm Trần Linh, tác giả thấy 80% phải sử dụng tới hai loại thuốc chống loạn nhịp nhưng vẫn không duy trì được nhịp xoang, trong đó Aminodarone là thuốc được lựa chọn nhiều nhất (88,4%). Nghiên cứu của Pappone C, bệnh nhân rung nhĩ cơn cũng phải sử dụng trung bình 3,6 ± 1,5 loại thuốc, tuy nhiên chỉ có 1/3 bệnh nhân sử dụng Amiodarone [5]. Tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn và dùng chẹn beta chiếm đa số hơn có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện gần đây, việc triệt đốt được áp dụng sớm hơn ngay cả khi

bệnh nhân chưa dùng thuốc hoặc mới chỉ dùng 1 loại thuốc.

Đối với thực trạng dùng thuốc chống đông (bảng 7), các bệnh nhân tham gia nghiên cứu có điểm nguy cơ huyết khối và điểm nguy cơ chảy máu khá thấp với CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc trung bình là 1,3 ± 1,3 điểm, HAS-BLED trung bình là 0,4 ± 0,8 điểm. Kết quả này có thể do nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tuổi không quá cao với trung bình 53,8 ± 13,5 tuổi, tỷ lệ các bệnh nhân mắc đái tháo đường, đột quỵ thấp. Bảng 8 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân được dùng thuốc chống huyết khối còn thấp (20,6%) hơn so với khuyến cáo (47,1%). Tuy nhiên, do thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc khá thấp, nên tỷ lệ đột quỵ mới chỉ 2,9% (bảng 2).

Về kết quả siêu âm (bảng 9), đa phần trong giới hạn bình thường với kích thước nhĩ trái chưa giãn, áp lực động mạch phổi chưa cao, EF bình thường. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với Phạm Trần Linh, thấy: đường kính nhĩ trái trung bình là 37,2 ± 3,7mm, EF: 67,5 ± 8,7%, áp lực động mạch phổi trung bình 29,4 ± 6,1mmHg. Điều này là do chúng tôi chủ động chọn bệnh nhân chưa có suy tim, theo khuyến cáo nếu rung nhĩ có suy tim thì chỉ định triệt đốt là IIb. Chúng tôi cũng chủ động chọn đường kính ngang nhĩ trái < 50mm, vì theo các nghiên cứu thấy nhĩ trái chưa giãn thì triệt đốt hiệu quả thành công cao hơn. Vì chưa có suy tim và nhĩ trái chưa giãn nên đa phần các bệnh nhân có hở nhẹ van hai lá và rối loạn chức năng tâm trương độ I.

## V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình là 53,8 ± 13,5 tuổi, thời gian mắc bệnh trung bình 33,9 ± 33,3 tháng
- Chủ yếu là nam giới (70,6%), và mắc rung nhĩ

cơ (94,11%), các triệu chứng phổ biến là hồi hộp trống ngực (100%), mệt mỏi, khó thở, choáng.

- Đa phần bệnh nhân có bệnh lý nền (67,6%), có tỷ lệ cao đang điều trị thuốc chống loạn nhịp, tỷ lệ dùng thuốc chống đông thấp hơn so với khuyến cáo (20,6%).

- Các Bn đều có chức năng thất trái bình thường, chủ yếu rối loạn chức năng tâm trương độ I (82,4%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Michaud, G.F. and W.G. Stevenson (2021).** Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*, 2021. 384 (4): p. 353-361.
2. **Hakalahti, A., et al (2015),** Radiofrequency ablation vs. antiarrhythmic drug therapy as first line treatment of symptomatic atrial fibrillation: systematic review and meta-analysis. *Europace*, 17 (3): p. 370-8.
3. **Packer, D.L., et al (2019),** Effect of Catheter Ablation vs Antiarrhythmic Drug Therapy on Mortality, Stroke, Bleeding, and Cardiac Arrest Among Patients With Atrial Fibrillation: The CABANA Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 321 (13): p. 1261-1274.
4. **Calkins, H., et al., (2017)** HRS/EHRA/ECAS/APHRS/SOLAECE expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation. *Heart Rhythm*, 14 (10): p. e275-e444.
5. **Pappone, C., et al. (2006),** A randomized trial of circumferential pulmonary vein ablation versus antiarrhythmic drug therapy in paroxysmal atrial fibrillation: the APAF Study. *J Am Coll Cardiol*, 48 (11): p. 2340-7.
6. **Staerk, L., et al. (2017),** Atrial Fibrillation: Epidemiology, Pathophysiology, and Clinical Outcomes. *Circ Res*, 120 (9): p. 1501-1517.
7. **Phạm Trần Linh (2016),** Nghiên cứu đặc điểm điện sinh lý tim và kết quả điều trị cơn rung nhĩ kích phát bằng năng lượng sóng cố tần số radio. Luận án tiến sĩ, Học viện Quân y.

## SO SÁNH HIỆU QUẢ DUY TRÌ MÊ CỦA DESFLURANE VÀ SEVOFLURANE TRONG GÂY MÊ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỦY RĂNG Ở TRẺ EM

Nguyễn Quang Bình<sup>1</sup>, Vũ Doãn Tú<sup>1</sup>,  
Phạm Quốc Khánh<sup>2</sup>, Võ Trương Như Ngọc<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bình

Email: quangbinh3010@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2022

Ngày duyệt bài: 3.6.2022

So sánh hiệu quả duy trì mê của desflurane và sevoflurane trong gây mê điều trị viêm tủy răng ở trẻ em được nghiên cứu thực hiện trên 60 bệnh nhân từ 3 - 6 tuổi gây mê điều trị viêm tủy răng tại Bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội từ 6 - 2019 đến 11 - 2019, chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Nhóm S (n = 30): duy trì mê sevoflurane, nhóm D (n = 30) duy trì mê desflurane. Đánh giá dựa trên các tiêu chí: đặc điểm chung, nồng độ thuốc mê (%), thể tích khí mê (ml), mức độ an thần theo RASS, mức độ đau theo NIPÉ, tỷ lệ bệnh nhân có cử động bất thường theo Ellis, thời gian rút ống nội khí quản, tỷ lệ bệnh nhân nôn, buồn