

cũng cho thấy tỷ lệ điều trị ADT sau phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao là 66%, điều này không những làm giảm tái phát sinh hoá mà còn cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân². Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bắt đầu điều trị tùy thuộc vào từng bệnh nhân. Đối với bệnh nhân có giải phẫu bệnh bất lợi thì được điều trị ADT và xạ trị ngoài ngay sau phẫu thuật. Đối với bệnh nhân có tăng PSA dai dẳng thì được điều trị ADT sau 03 tháng hoặc khi được phát hiện tái phát sinh hoá²

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế để đánh giá hiệu quả của điều trị bổ trợ sau phẫu thuật. Thứ nhất vì có nhiều chỉ định khác nhau nên thời điểm bắt đầu điều trị và phương pháp điều trị cụ thể như ADT đơn thuần, xạ trị đơn thuần. ADT kết hợp xạ trị nên dẫn đến tiên lượng của các nhóm bệnh nhân được điều trị là khác nhau. Do đó, không thể so sánh hiệu quả giữa các phác đồ điều trị bổ trợ. Thứ hai, trước đây ADT chưa được đưa vào sử dụng rộng rãi trong các phác đồ điều trị bổ trợ sau phẫu thuật như những năm gần đây nên thời gian theo dõi điều trị bổ trợ chưa thực sự dài. Vì vậy, cần có thêm những nghiên cứu trên nhiều bệnh nhân hơn với thời gian theo dõi dài hơn nữa để đánh giá chính xác hiệu quả của các phương pháp điều trị bổ trợ sau phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao và tiến triển tại chỗ.

V. KẾT LUẬN

Điều trị bổ trợ sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt triệt căn ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao và tiến triển tại chỗ làm giảm nguy cơ tái

phát sinh hoá, tăng thời gian sống còn toàn bộ và thời gian tiến triển không bệnh. Phương pháp điều trị đa mô thức ở nhóm bệnh nhân này giúp nâng cao hiệu quả và chất lượng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer today.** <<http://gco.iarc.fr/today/home>>, accessed: 24/07/2023.
2. **Ye D, Zhang W, Ma L, Du C, Xie L, Huang Y, Wei O, Ye Z, Na Y.** Adjuvant hormone therapy after radical prostatectomy in high-risk localized and locally advanced prostate cancer: First multicenter, observational study in China. *Chin J Cancer Res.* 2019 Jun;31(3):511-520. doi: 10.21147/j.issn.1000-9604.2019.03.13. PMID: 31354220; PMCID: PMC6613498.
3. **European Association of Urology.** EAU-EANM-ESUR-ISUP-SIO, Guidelines on Prostate Cancer. 2022: 1-229
4. **Paz-Manrique R, Morton G, Vera FO, Paz-Manrique S, Espinoza-Briones A, Deza CM.** Radiation therapy after radical surgery in prostate cancer. *Ecancermedicallscience.* 2023 Jun 27;17:1565. doi: 10.3332/ecancer.2023.1565. PMID: 37396107; PMCID: PMC10310328.
5. **Brawer MK.** Update on the Treatment of Prostate Cancer: The Role of Adjuvant Hormonal Therapy. *Rev Urol.* 2004;6(Suppl 2):S1-2. PMCID: PMC1472854.
6. **Tavukcu HH, Erbatu O, Akdoğan B, İzol V, Yüçetas U, Sözen S, Aslan G, Sahin B, Tinav İ, Müezzinoğlu T, Baltacı S.** Adjuvant Treatment Approaches after Radical Prostatectomy with Lymph Node Involvement. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2022 Jul 1;23(7):2279-2284. doi: 10.31557/APJCP.2022.23.7.2279. PMID: 35901332; PMCID: PMC9727357.
7. **Mitra A, Khoo V.** Adjuvant therapy after radical prostatectomy: clinical considerations. *Surv Oncol.* 2009 Sep;18(3):247-54. doi: 10.1016/j.suronc.2009.02.005. Epub 2009 Mar 12. PMID: 19285386.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NHỊP NHĨ Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH

Nguyễn Duy Thăng^{1,2}, Nguyễn Lâm Hiếu^{1,2},
Bùi Văn Nhơn^{1,2}, Phan Thu Phương^{1,3}

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm nhận xét kết quả ban đầu điều trị rối loạn nhịp nhĩ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). Có 30 bệnh

nhân đợt cấp COPD (AECOPD) (tuổi trung bình 74,7 ± 10,2) và 60 bệnh nhân COPD ổn định (tuổi trung bình 70,2 ± 7,9) có rối loạn nhịp nhĩ đáng kể tham gia nghiên cứu. Thời gian theo dõi trung bình 5 tháng, với các biện pháp điều trị đa dạng. Tỷ lệ ngoại tâm thu nhĩ và số bệnh nhân có từ 500 ngoại tâm thu nhĩ trở lên giảm đáng kể ở nhóm bệnh nhân COPD ổn định, trong khi không thay đổi đáng kể trong nhóm AECOPD. Số bệnh nhân rung nhĩ giảm đáng kể sau điều trị ở bệnh nhân AECOPD trong khi không thay đổi đáng kể ở bệnh nhân COPD ổn định. Gánh nặng triệu chứng theo EHRA có xu hướng giảm nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ở cả 2 nhóm bệnh nhân. Nghiên cứu này bước đầu cho thấy sự đa dạng trong các phương pháp cũng như đáp ứng điều trị rối loạn nhịp nhĩ ở bệnh

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Thăng

Email: thangnguyenhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2024

Ngày duyệt bài: 3.12.2024

nhân COPD. **Từ khóa:** COPD, rối loạn nhịp nhĩ, rung nhĩ, ngoại tâm thu nhĩ, điều trị

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF TREATING ATRIAL ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

The study was conducted to evaluate the initial results of treating atrial arrhythmias in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). There were 10 patients with acute COPD exacerbations (AECOPD) (mean age $74,7 \pm 10,2$) and 60 stable COPD patients (mean age $70,2 \pm 7,9$) with significant atrial arrhythmias recruited. The mean follow-up period was about 5 months, with various treatment method. The frequency of premature atrial complexes and the number of patients with 500 or more premature atrial complexes significantly decreased in the stable COPD group, while changes in these indices in the AECOPD group were not statistically significant. The number of patients with atrial fibrillation significantly decreased after treatment in the acute COPD exacerbation group, while there was no significant change in the stable COPD group. Symptom burden according to the EHRA score tended to decrease but was not statistically significant in both patient groups. This study initially shows the diversity in methods and treatment responses for atrial arrhythmias in COPD patients.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), atrial arrhythmias, atrial fibrillation, premature atrial complexes, treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư trên thế giới. Tần suất xuất hiện rối loạn nhịp ở bệnh nhân COPD đã được báo cáo trong một số nghiên cứu trên thế giới với nhiều loại loạn nhịp khác nhau như cuồng nhĩ, rung nhĩ, nhịp nhanh trên thất, nhịp nhanh nhĩ đa ổ, ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh thất. Trong đó rối loạn nhịp nhĩ (RLNN) là loại loạn nhịp phổ biến hơn so với rối loạn nhịp thất, với tỉ lệ mắc RLNN được ghi nhận trong các nghiên cứu khác nhau là khác nhau, từ 22,1% đến 69%, có thể do đặc điểm khác nhau của quần thể nghiên cứu và cách ghi nhận rối loạn nhịp bằng Holter điện tâm đồ hay điện tâm đồ 12 chuyển đạo, số bản ghi điện tâm đồ trên mỗi bệnh nhân.^{1,2} Đồng mắc rối loạn nhịp ở bệnh nhân COPD làm tăng đáng kể nguy cơ tử vong nội viện.³ Những bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp COPD (AECOPD) mà có rối loạn nhịp kèm theo cũng bị tăng nguy cơ tử vong trong vòng 3 tháng sau nhập viện.⁴ Rung nhĩ, cuồng nhĩ xuất hiện ở bệnh nhân COPD cũng làm gia tăng nguy cơ tử vong nội viện, suy hô hấp, phải thở máy, nhiễm trùng cũng như đột quỵ não.⁵

Tại Việt Nam, tỉ lệ hút thuốc lá còn cao, dẫn

đến một tỉ lệ không nhỏ bệnh nhân mắc COPD. Rối loạn nhịp trên những đối tượng này sẽ làm tăng gánh nặng cho điều trị, chăm sóc; đồng thời nguy cơ tử vong nội viện cũng như ngoại viện có thể tăng lên. Chính vì vậy, phát hiện kịp thời và điều trị rối loạn nhịp ở bệnh nhân COPD rất cần thiết để giảm gánh nặng cũng như nguy cơ cho người bệnh. Hiện nay chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam về điều trị RLNN ở nhóm bệnh nhân này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm bước đầu nhận xét kết quả điều trị RLNN ở các bệnh nhân COPD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán AECOPD nhập viện điều trị nội trú hoặc COPD ổn định mà có rối loạn nhịp nhĩ kèm theo tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ 6/2021 đến 6/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Những bệnh nhân được chẩn đoán COPD: Các bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên, được chẩn đoán, khám và điều trị COPD.

- Những bệnh nhân được chẩn đoán AECOPD: các bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú với chẩn đoán AECOPD và có cơn thuốc điều trị COPD tại thời điểm ra viện.

- Bệnh nhân có RLNN đáng kể: có từ 500 ngoại tâm thu nhĩ (NNTN) trở lên hoặc có cơn tim nhanh nhĩ (được ghi nhận nếu có từ 3 NNTN liên tiếp nhau trở lên và có tần số lớn hơn 100ck/ph) hoặc cơn tim nhanh trên thất hoặc có rung nhĩ hoặc cuồng nhĩ hoặc có kết hợp hai hay nhiều rối loạn nhịp nói trên, được ghi nhận trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo và Holter điện tâm đồ 24h.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, không lên tái khám.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu quan sát, tiến cứu, đánh giá kết quả trước và sau điều trị.

* **Cỡ mẫu nghiên cứu:** 90 trường hợp COPD, bao gồm 30 bệnh nhân AECOPD và 60 bệnh nhân COPD ổn định được đưa vào nghiên cứu. Chọn mẫu toàn bộ có chủ đích tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2024.

* Các biến số nghiên cứu chính:

Tần số tim: ghi được trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo

Tần số tim trung bình, tỉ lệ ngoại tâm thu nhĩ, rung nhĩ: ghi được trên Holter điện tâm đồ 24h

Gánh nặng triệu chứng rối loạn nhịp ghi

nhận qua phỏng vấn theo Thang điểm EHRA của Hội Nhịp học Châu Âu ⁶

Các phương pháp điều trị RLNN được sử dụng được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn người bệnh

*** Quy trình thu thập số liệu.** Các bệnh nhân sau khi được lựa chọn vào nghiên cứu sẽ được khám lâm sàng và đeo Holter điện tâm đồ 24h, phỏng vấn theo bộ câu hỏi, hoàn thành bệnh án nghiên cứu. Máy Holter điện tâm đồ sử dụng trong nghiên cứu là máy Philips DigiTrak XT. Các bệnh nhân nào có RLNN đáng kể sẽ được khám hoặc hội chẩn bác sĩ chuyên khoa Tim mạch để được tư vấn và điều trị rối loạn nhịp. Các bệnh nhân sẽ được hẹn tái khám lại định kỳ sau 1-2 tháng. Ở lần khám lại, tất cả bệnh nhân được khám, phỏng vấn lại các triệu chứng theo bộ câu hỏi, làm điện tâm đồ khi nghỉ và đeo lại Holter điện tâm đồ 24h. Các biện pháp điều trị ở các lần tái khám được ghi nhận lại. Kết quả điều trị được lấy ở lần khám cuối. Biện pháp điều trị rối loạn nhịp bệnh nhân đang sử dụng ở lần khám cuối được sử dụng để tính toán.

*** Phân tích số liệu:** - Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm EpiCollect 5 và xử lý bằng phần mềm thống kê Stata 14.1 với mức ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$ cho cả thống kê mô tả và thống kê suy luận.

- Mức thay đổi tỉ lệ RLNN $>10\%$ so với ban đầu được coi là đáng kể và phân loại thành: Tăng (tăng 10% so với ban đầu), Không thay đổi (tăng hay giảm $<10\%$ so với ban đầu) và Giảm (giảm trên 10% so với ban đầu).

*** Đạo đức nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu được thông báo đầy đủ thông tin về nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân, gia đình bệnh nhân được giải thích rõ ràng về tình trạng bệnh cũng như phương pháp điều trị bao gồm cả những lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra. Các thông tin về bệnh nhân và tình trạng bệnh được thu thập chỉ nhằm mục đích nghiên cứu. Những thông tin này được giữ bí mật tuyệt đối và được sử dụng để theo dõi và điều trị lâu dài cho bản thân bệnh nhân. Đối tượng nghiên cứu được quyền rút ra khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào mà không cần nêu lý do và không bị phân biệt đối xử.

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Hà Nội (Số:480/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm ban đầu của bệnh nhân. Có 90 bệnh nhân, bao gồm 30 bệnh nhân AECOPD (nam/nữ = 26/4, tuổi trung bình $74,7 \pm 10,2$) và 60 bệnh nhân COPD ổn định (nam/nữ = 49/11, tuổi trung bình $70,2 \pm 7,9$) đáp ứng đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

Các kết quả trên điện tâm đồ và trên Holter điện tâm đồ 24h (Bảng 1) cho thấy tần số tim trung bình 24h là $94,43 \pm 2,36$ chu kỳ/phút ở bệnh nhân AECOPD và $83,68 \pm 1,52$ chu kỳ/phút ở bệnh nhân COPD ổn định. Tỉ lệ bệnh nhân có ngoại tâm thu nhĩ > 500 là 80% ở AECOPD và 70% ở bệnh nhân COPD ổn định. Có 7 bệnh nhân trong nhóm AECOPD có rung nhĩ, chiếm $23,33\%$. Số bệnh nhân rung nhĩ trong nhóm COPD ổn định là 17 ($28,33\%$).

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu đều có triệu chứng rối loạn nhịp, chỉ có 1 bệnh nhân AECOPD (chiếm $3,3\%$) và có 2 bệnh nhân COPD ổn định (chiếm $3,3\%$) không có triệu chứng (Biểu đồ 1).

Kết quả thay đổi đặc điểm lâm sàng và cần lâm sàng trước và sau điều trị. Thời gian theo dõi trung bình $5,7$ tháng (ít nhất 1 tháng, dài nhất 15 tháng) với bệnh nhân COPD ổn định và $5,2$ tháng (ít nhất 1 tháng, dài nhất 14 tháng) với bệnh nhân AECOPD.

Sau quá trình điều trị, tần số tim trung bình của các bệnh nhân của cả 2 nhóm đều giảm đáng kể. Tỉ lệ ngoại tâm thu nhĩ ở nhóm bệnh nhân COPD ổn định giảm đáng kể trong khi nhóm bệnh nhân AECOPD lại không có sự thay đổi rõ rệt. (Bảng 1)

Nhiều bệnh nhân của cả 2 nhóm cải thiện được gánh nặng triệu chứng rối loạn nhịp theo thang điểm EHRA sau thời gian điều trị (Biểu đồ 1).

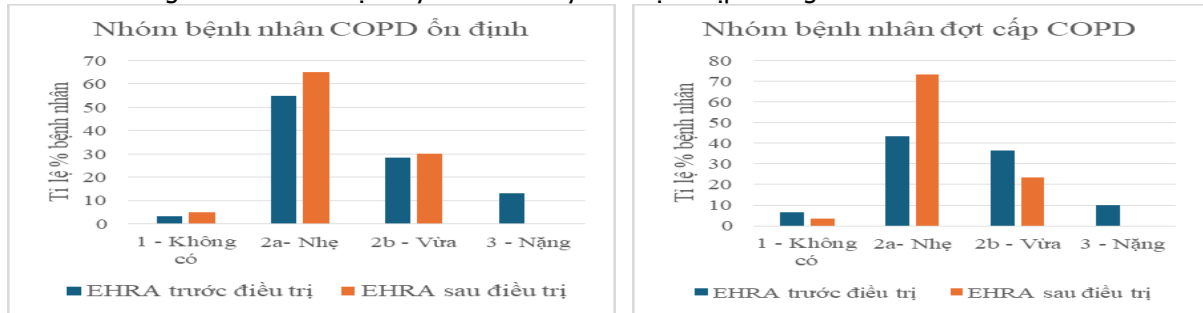
Có nhiều biện pháp điều trị khác nhau đã được sử dụng, trong đó hơn 50% bệnh nhân trong cả 2 nhóm được điều trị bằng Ivabradine. Các thuốc khác được sử dụng như Amiodarone, Digoxin, Diltiazem. Có 3 bệnh nhân COPD ổn định được điều trị bằng Betablocker trong khi không có bệnh nhân nào sau AECOPD được điều trị bằng nhóm thuốc này. Có 1 bệnh nhân trong nhóm AECOPD và 2 bệnh nhân trong nhóm COPD ổn định có cơn tim nhanh trên thất đã được điều trị bằng phương pháp triệt đốt sử dụng năng lượng tần số radio (RF) cho kết quả tốt (Bảng 2)

Bảng 1. Các kết quả trên Holter điện tâm đồ 24 h trước và sau điều trị

Các thông số (trung bình \pm SD)	Nhóm bệnh nhân đợt cấp COPD (n=30)			Nhóm bệnh nhân COPD ổn định (n=60)		
	Trước điều trị	Sau điều trị	p	Trước điều trị	Sau điều trị	p

Tần số tim trung bình	94,43 ± 2,36	88,77 ± 1,89	0,01	83,68 ± 1,52	80,2 ± 1,16	<0,001
Tỉ lệ rung cuồng nhĩ trên Holter điện tâm đồ	6,82 ± 4,63	3,47 ± 3,26	0,15	21,65 ± 5,07	21,30 ± 5,15	0,14
Tỉ lệ ngoại tâm thu nhĩ trên Holter điện tâm đồ	3,39 ± 8,74	3,23 ± 8,57	0,29	2,79 ± 0,67	1,39 ± 0,19	0,016
Số bệnh nhân có rung cuồng nhĩ - n (%)	7 (23,33)	3 (10)	0,01	17 (28,33)	17 (28,33)	0,99*
Số bệnh nhân có cơn nhịp nhanh trên thất - n (%)	1 (3,33)	0	-	2 (6,66)	0	-
Số bệnh nhân có ngoại tâm thu nhĩ >500 - n (%)	24 (80)	22 (73,33)	0,65	42 (70)	39 (65)	<0,001

Chú thích: * Có 2 bệnh nhân COPD ổn định xuất hiện mới rung nhĩ, trong khi có 2 bệnh nhân khác mắc rung nhĩ sau điều trị chuyển về và duy trì được nhịp xoang.



Biểu đồ 1. Thay đổi mức độ triệu chứng rối loạn nhịp trước và sau điều trị ở bệnh nhân COPD theo thang điểm EHRA

Bảng 2. Các phương pháp điều trị và kết quả điều trị

Các biện pháp điều trị	Tỉ lệ sử dụng n (%)	Đợt cấp COPD					
		Mức rối loạn nhịp sau điều trị					
		Rung nhĩ - n (%)			Ngoại tâm thu nhĩ - n (%)		
		Tăng	Không thay đổi	Đỡ	Tăng	Không thay đổi	Đỡ
Digoxin	1 (3,33)	0	1 (100)	0	1 (100)		
Amiodarone	3 (10)	0	0	1 (100)	1 (33,33)	1 (33,33)	1 (33,33)
Betablockers	0	0	0	0	0	0	0
Diltiazem	11 (36,67)	0	0	3 (100)	3 (27,27)	0	8 (72,73)
Ivabradine	14 (46,67)	0	0		6 (46,82)	6 (46,82)	2 (14,29)
Can thiệp RF	1 (3,33)	0	0	0	0	0	1 (100)
		COPD ổn định					
Digoxin	7 (11,67)	0	7 (100)	0	1 (100)	0	0
Amiodarone	6 (10)	2 (40)	2 (40)	1 (20)	2 (40)	0	3 (60)
Betablockers	3 (5)	0	1 (100)	0	1 (50)	1 (50)	0
Diltiazem	4 (6,67)	1 (33,33)	0	2 (66,67)	1 (25)	0	3 (75)
Ivabradine	35 (59,33)	0	0	0	15 (44,12)	11 (32,35)	8 (23,53)
Can thiệp RF	2 (3,33)	0	0	0	0	0	2 (100)

IV. BÀN LUẬN

Đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam bước đầu nhận xét kết quả điều trị RLNN ở bệnh nhân COPD. Tất cả bệnh nhân đều có RLNN đáng kể ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu, bao gồm rung cuồng nhĩ, ngoại tâm thu nhĩ từ 500 trở lên, cơn tim nhanh nhĩ, cơn tim nhanh trên thất.

Sau thời gian trung bình hơn 5 tháng điều trị, tần số tim trung bình của bệnh nhân trên Holter ECG đã giảm đáng kể ở cả bệnh nhân sau AECOPD và bệnh nhân COPD ổn định. Các thuốc

điều trị rối loạn nhịp hiện nay hầu hết có tác dụng giảm tần số tim. Mặt khác, khi tình trạng COPD ổn định, tình trạng thiếu oxy được cải thiện, cũng góp phần giúp giảm tần số tim.

Điều trị rối loạn nhịp giúp cải thiện các gánh nặng triệu chứng của bệnh nhân. Sử dụng thang điểm EHRA để đánh giá, các triệu chứng rối loạn nhịp có sự thay đổi với việc giảm tỉ lệ bệnh nhân có nhiều triệu chứng (EHRA 2b và 3) và tăng tỉ lệ bệnh nhân không hoặc ít triệu chứng (EHRA 1 và 2a). Đây là một mục tiêu quan trọng trong điều

trị rối loạn nhịp, nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Trong số các biện pháp điều trị, ivabradine được sử dụng phổ biến nhất, ở cả bệnh nhân COPD ổn định cũng như bệnh nhân sau AECOPD. Có thể bởi hầu hết các bệnh nhân có tình trạng nhịp nhanh xoang. Ở bệnh nhân ngoại tâm thu nhĩ, ivabradine cho thấy chủ yếu không làm thay đổi tỉ lệ ngoại tâm thu nhĩ. Trong 1 số trường hợp còn làm tăng tỉ lệ ngoại tâm thu nhĩ, có thể do làm giảm tần số nhịp xoang trong khi không làm thay đổi số lượng ngoại tâm thu nhĩ.

Ở bệnh nhân có rung nhĩ, sử dụng digoxin không ảnh hưởng đáng kể đến tỉ lệ xuất hiện rung nhĩ, tương đối phù hợp với việc nhóm thuốc này chủ yếu làm giảm đáp ứng tần số thất. Một nghiên cứu phân tích gộp cho thấy digoxin hiệu quả hơn placebo nhưng kém hơn beta blockers và chẹn kênh calci nhóm non-dihydropyridine và amiodarone trong kiểm soát nhịp tim ở bệnh nhân rung nhĩ.⁷ Digoxin chủ yếu được chỉ định ở các bệnh nhân rung cuồng nhĩ mà có kèm suy tim sung huyết, là các trường hợp mà beta blockers hay verapamil, diltiazem là chống chỉ định.

Diltiazem là nhóm thuốc được sử dụng khá phổ biến trong nghiên cứu này. Diltiazem thường được ưu tiên sử dụng cho bệnh nhân rung nhĩ mới xuất hiện do có tác dụng giãn phế quản nhẹ kèm theo. Thuốc được cho là an toàn ở bệnh nhân COPD. Mặc dù vậy, thuốc chống chỉ định ở bệnh nhân có kèm suy tim có phân suất tống máu giảm.⁸

Amiodarone là một thuốc chống rối loạn nhịp phổ biến. Mặc dù vậy, dùng amiodarone kéo dài có nguy cơ gây nhiễm độc cho phổi ở 5 đến 15% trường hợp, do vậy cần thận trọng ở bệnh nhân COPD.⁹

Trong nghiên cứu này, không có bệnh nhân nào sau AECOPD sử dụng betablocker, trong khi ở bệnh nhân COPD ổn định, có 3 bệnh nhân được kê loại thuốc này. Betablockers ít được sử dụng ở bệnh nhân COPD, có thể vì lo ngại tác dụng phụ có thể gây co thắt phế quản. Mặc dù vậy, một phân tích gộp của Du và cộng sự tổng hợp 15 nghiên cứu với thời gian theo dõi từ 1 đến 7,2 năm ở bệnh nhân COPD cho thấy việc sử dụng beta blocker giúp giảm đáng kể cả tỉ lệ tử vong và tỉ lệ AECOPD với HR lần lượt là 0,72 (0,63-0,83) và 0,63 (0,57-0,71).¹⁰

Bệnh nhân COPD có thể mắc cơn nhịp nhanh trên thất. Việc có nhiều ngoại tâm thu nhĩ ở bệnh nhân COPD có thể khởi phát cơn nhịp nhanh trên thất. Việc điều trị nhịp nhanh trên thất ở bệnh nhân COPD nhìn chung tương tự như các đối tượng bệnh nhân không COPD khác.

Thủ thuật can thiệp triệt đốt bằng catheter khi tiến hành ở bệnh nhân COPD với tình trạng giãn phế nang thì có một số quan ngại về nguy cơ biến chứng như tràn khí hay tràn máu màng phổi khi thực hiện thủ thuật, tuy vậy vẫn có thể được thực hiện một cách an toàn trong nghiên cứu này.

Theo hiểu biết của chúng tôi, đây là nghiên cứu đa trung tâm đầu tiên tại Việt Nam thực hiện việc nhận xét các phương pháp cũng như kết quả điều trị RLNN ở bệnh nhân COPD, bao gồm cả bệnh nhân AECOPD và COPD ổn định. Bởi kết quả hạn chế trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo, việc sử dụng các biện pháp theo dõi rối loạn nhịp dài hơn như Holter điện tâm đồ nên được đặt ra để đánh giá đầy đủ hơn mức độ cũng như hiệu quả điều trị rối loạn nhịp.

Mặc dù vậy, nghiên cứu này vẫn còn một số hạn chế. Trước hết, đây là nghiên cứu quan sát, mô tả với việc lấy mẫu thuận tiện, vì vậy có thể ảnh hưởng đến tính khái quát của nghiên cứu này. Cỡ mẫu còn tương đối nhỏ, khiến việc phân tích sâu hơn hiệu quả của từng phương pháp điều trị cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị là khó khăn. Một nghiên cứu khác lớn hơn, có đối chứng, theo dõi dài hơn là cần thiết, có thể giúp làm rõ hơn phương pháp điều trị RLNN hiệu quả cũng như đánh giá hiệu quả cả lên chất lượng cuộc sống cũng như các biến cố không mong muốn và tiên lượng của các bệnh nhân COPD có RLNN.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này bước đầu cho thấy sự đa dạng trong các phương pháp cũng như đáp ứng điều trị rối loạn nhịp nhĩ ở bệnh nhân COPD. Nghiên cứu cũng nhấn mạnh sự cần thiết của phối hợp các chuyên khoa, đặc biệt là chuyên khoa hô hấp và chuyên khoa tim mạch để có đánh giá toàn diện, trong đó có rối loạn nhịp cũng như lựa chọn biện pháp điều trị, theo dõi phù hợp cho bệnh nhân COPD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shih HT, Webb CR, Conway WA, Peterson E, Tilley B, Goldstein S.** Frequency and significance of cardiac arrhythmias in chronic obstructive lung disease. *Chest.* 1988;94(1):44-48. doi:10.1378/chest.94.1.44
2. **Desai R, Patel U, Singh S, et al.** The burden and impact of arrhythmia in chronic obstructive pulmonary disease: Insights from the National Inpatient Sample. *Int J Cardiol.* 2019;281:49-55. doi:10.1016/j.ijcard.2019.01.074
3. **Ongel EA, Karakurt Z, Salturk C, et al.** How do COPD comorbidities affect ICU outcomes? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014;9:1187-1196. doi:10.2147/COPD.S70257

4. **Roberts CM, Stone RA, Lowe D, Pursey NA, Buckingham RJ.** Co-morbidities and 90-day outcomes in hospitalized COPD exacerbations. *COPD*. 2011;8(5): 354-361. doi:10.3109/15412555.2011.600362
5. **Xiao X, Han H, Wu C, et al.** Prevalence of Atrial Fibrillation in Hospital Encounters With End-Stage COPD on Home Oxygen: National Trends in the United States. *Chest*. 2019;155(5):918-927. doi:10.1016/j.chest.2018.12.021
6. **Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al.** 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021;42(5):373-498. doi:10.1093/eurheartj/ehaa612
7. **Sethi NJ, Nielsen EE, Safi S, Feinberg J, Gluud C, Jakobsen JC.** Digoxin for atrial fibrillation and atrial flutter: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomised clinical trials. *PLoS ONE*. 2018;13(3): e0193924. doi:10.1371/journal.pone.0193924
8. **McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al.** 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42(36): 3599-3726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368
9. **Kennedy JI.** Clinical Aspects of Amiodarone Pulmonary Toxicity. *Clin Chest Med*. 1990;11(1): 119-129. doi:10.1016/S0272-5231(21)00676-6
10. **Du Q, Sun Y, Ding N, Lu L, Chen Y.** Beta-Blockers Reduced the Risk of Mortality and Exacerbation in Patients with COPD: A Meta-Analysis of Observational Studies. *PLOS ONE*. 2014; 9(11): e113048. doi:10.1371/journal.pone.0113048

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY SỚM BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT TÁCH DƯỚI NIÊM MẠC QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN K

Bùi Việt Nga¹, Bùi Ánh Tuyết¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học của ung thư dạ dày sớm và đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày sớm bằng phương pháp cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 147 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn sớm được điều trị bằng kỹ thuật cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi từ tháng 12 năm 2018 đến tháng 10 năm 2024 tại khoa Nội soi – Thẩm dò chức năng, Bệnh viện K. **Kết quả:** Nam giới chiếm 62,6%, đa phần > 60 tuổi (chiếm 57,1%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau bụng (72,8%). U dạ dày vị trí hang vị chiếm 86%. Kích thước tổn thương đa phần ≤ 20mm (chiếm 77,6%). Tỷ lệ cắt cả khối là 100% bệnh nhân. Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình 67,2 phút (dao động từ 20 phút đến 220 phút). Tỷ lệ chảy máu khi thực hiện thủ thuật là 2,0%, không có bệnh nhân nào có biến chứng thủng, chảy máu sau mổ và chuyển mổ khi làm thủ thuật. Đặc điểm sau can thiệp, đa phần có độ biệt hoá cao (chiếm 44,2%), sau đó là biệt hoá vừa (38,1%). Đa phần bệnh nhân có giai đoạn Tis (chiếm 53,1%), chỉ có 8,8% bệnh nhân có giai đoạn T1b. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 và 5 năm lần lượt là 97,2% và 90,5%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 và 5 năm lần lượt là

98,7% và 95,7%. **Kết luận:** Điều trị cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi cải thiện sống thêm và an toàn trên bệnh nhân bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn sớm. **Từ khóa:** Ung thư dạ dày, giai đoạn sớm, cắt tách dưới niêm mạc, nội soi dạ dày

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION FOR EARLY GASTRIC CANCER TREATMENT AT K HOSPITAL

Objective: To describe some clinical, paraclinical characteristics, endoscopic imaging, and histopathology of early gastric cancer, and to evaluate the results of endoscopic submucosal dissection treatment for early gastric cancer at K Hospital. **Patients and Methods:** A retrospective and prospective study on 147 patients with early-stage gastric cancer treated with endoscopic submucosal dissection from December 2018 to October 2024 at the Department of Endoscopy and Functional Exploration, K Hospital. **Results:** Males accounted for 62.6%, with the majority over 60 years old (57.1%). The most common clinical symptom was abdominal pain (72.8%). The tumor was located in the antrum in 86% of cases. Most lesions were ≤ 20mm in size (77.6%). The en bloc resection rate was 100%. The average procedure time was 67.2 minutes (ranging from 20 to 220 minutes). The intra-procedural bleeding rate was 2.0%, with no patients experiencing postoperative bleeding, perforation, or requiring surgical conversion during the procedure. Post-intervention characteristics revealed that most cases had high differentiation (44.2%), followed by moderate differentiation (38.1%). Most patients were in stage Tis (53.1%), with only 8.8% in stage T1b.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Việt Nga
Email: dothingochan2012@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.9.2024
Ngày phản biện khoa học: 5.11.2024
Ngày duyệt bài: 4.12.2024