

4. **Fu, J.B., et al.,** Lung cancer in women: analysis of the national Surveillance, Epidemiology, and End Results database. *Chest*, 2005. 127(3): p. 768-777.
5. **Albain, K.S., et al.,** Radiotherapy plus chemotherapy with or without surgical resection for stage III non-small-cell lung cancer: a phase III randomised controlled trial. *The Lancet*, 2009. 374(9687): p. 379-386.
6. **Toàn, B.C. and N.V. Long,** Đáp ứng điều trị và thời gian sống thêm của ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III theo phác đồ hóa-xạ trị đồng thời. *Nghiên cứu y học*, 2012. 15: p. 162-168.
7. **Ohe, Y., et al.,** Long-term follow-up of patients with unresectable locally advanced non-small cell lung cancer treated with chemoradiotherapy: a retrospective analysis of the data from the Japan Clinical Oncology Group trials (JCOG003A). *Cancer Sci*, 2003. 94(8): p. 729-34.
8. **Anh, L.T.,** Đặc điểm lâm sàng và điều trị của 1158 bệnh nhân ung thư phổi tại Trung tâm ung bướu Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học thực hành*, 2013. 878: p. 20-22.

AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ NGẮN HẠN CỦA MÁY TẠO NHỊP HAI BUỒNG TIM CÓ CHỨC NĂNG CHỐNG NGẤT PHẢN XẠ

Đào Thị Thanh Bình¹, Võ Thái Duy²,
Kiều Ngọc Dũng^{2*}, Nguyễn Tri Thức³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá an toàn và hiệu quả ngắn hạn của máy tạo nhịp hai buồng tim có chức năng chống ngất phản xạ ở bệnh nhân ngất phản xạ thần kinh. **Đặt vấn đề:** Hiện chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam đánh giá tính an toàn và hiệu quả của máy tạo nhịp hai buồng tim có chức năng chống ngất phản xạ. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu. **Kết quả:** 78 bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp hai buồng tim có chức năng chống ngất phản xạ với 69,2% (54 bệnh nhân) là nữ, với độ tuổi trung bình 46,6 ± 16,2 tuổi. Tất cả các bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp hai buồng tim có chức năng chống ngất phản xạ trong đó cơ chế kích thích vòng lặp (CLS) là 43,6% (34 bệnh nhân) và nhóm sử dụng cơ chế đáp ứng rút nhịp (Rate drop response - RDR) 56,4% (44 bệnh nhân). Thông số tạo nhịp bao gồm ngưỡng tạo nhịp nhĩ và thất lần lượt là 0,7 ± 0,2 V, 0,8 ± 0,2 V; nhận cảm nhĩ và thất lần lượt là 3,5 ± 1,5 mA, 12,7 ± 5,8 mA; trở kháng nhĩ và thất lần lượt là 633,6 ± 182,1 Ohm; 687,2 ± 200 Ohm. Trong thời gian theo dõi 6 tháng không ghi nhận biến chứng và tỷ lệ ngất tái phát là 6,4% (5 bệnh nhân) với khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm cơ chế chống ngất phản xạ của máy ($p = 0,622$). **Kết luận:** Tạo nhịp ở bệnh nhân ngất phản xạ dù sử dụng bất kể phương thức chống ngất nào cũng đều có hiệu quả cao với tỷ lệ ngất tái phát 6,4% trong thời gian theo dõi 6 tháng và không có biến chứng nào được ghi nhận.

Từ khóa: ngất phản xạ, máy tạo nhịp hai buồng, kích thích vòng lặp (CLS), đáp ứng rút nhịp (Rate drop response - RDR).

SUMMARY

SHORT-TERM SAFETY AND EFFICACY OF DUAL-CHAMBER PACEMAKERS WITH ANTI REFLEX SYNCOPE FUNCTIONALITY

Objective: To evaluate the short-term safety and efficacy of dual-chamber pacemakers with anti-reflex syncope functionality in patients with neurally mediated reflex syncope. **Background:** Currently, no studies in Vietnam have assessed the safety and efficacy of dual-chamber pacemakers with anti-reflex syncope functionality. **Method:** Retrospective cohort study. **Result:** Seventy-eight patients with dual-chamber pacemakers for anti-reflex syncope functionality were enrolled, with 69,2% (54 patients) being female and an average age of 46,5 ± 16,2 years. All patients received dual-chamber pacemakers with anti-reflex syncope functionality, with 43,6% (34 patients) utilizing closed-loop stimulation (CLS) and 56,4% (44 patients) utilizing the rate drop response mechanism. Pacing parameters included atrial and ventricular pacing thresholds of 0,7 ± 0,2 V and 0,8 ± 0,2 V, respectively; atrial and ventricular sensing thresholds of 3,5 ± 1,5 mA and 12,7 ± 5,8 mA, respectively; and atrial and ventricular impedance values of 633,6 ± 182,1 Ohms and 687,2 ± 200 Ohms, respectively. No complications were reported during the 6-month follow-up, with a recurrence rate of 6,4% (5 patients) and no statistically significant difference between the two anti-reflex syncope mechanisms ($p = 0,622$). **Conclusion:** Pacing in patients with neurally mediated reflex syncope, regardless of the prevention mechanism used, was effective, with a 6,4% recurrence rate over a 6-month follow-up period and no recorded complications. **Keywords:** reflex syncope, dual-chamber pacemaker, closed-loop stimulation (CLS), rate drop response

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngất là một hội chứng lâm sàng trong đó mất ý thức thoáng qua (TLOC) gây ra bởi một giai đoạn lưu lượng máu lên não không đủ, thường là do huyết áp hệ thống giảm đột ngột¹.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Thứ trưởng Bộ Y Tế - Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Kiều Ngọc Dũng

Email: kndungbvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025

Ngất là một vấn đề lâm sàng phổ biến, với tỷ lệ lưu hành suốt đời trong toàn bộ dân số là khoảng 20%². Ngất cũng là than phiền chính phổ biến của bệnh nhân được điều trị tại khoa cấp cứu và là nguồn gốc của một số lượng đáng kể các ca nhập viện. 1-3% số lần đến khám tại khoa cấp cứu và 1% của tất cả các trường hợp nhập viện có liên quan đến ngất. Trong một nghiên cứu hồi cứu dựa trên cộng đồng với hơn 1900 người trưởng thành tuổi ≥ 45 (47% là nam giới, tuổi trung bình 62 tuổi) từ hạt Olmsted, Minnesota, 364 bệnh nhân (19%) báo cáo đã từng bị ngất ít nhất 1 lần trong đời³. Gần 50% những bệnh nhân này bị tái phát ngất sau đó. Trong các nguyên nhân ngất, ngất phản xạ (trước đây gọi là ngất qua trung gian thần kinh) là nguyên nhân phổ biến nhất chiếm tỉ lệ 21,2% sau đó là ngất do tim với 9,5% và hạ huyết áp tư thế. Nhìn chung 44% bệnh nhân trải qua đợt ngất đầu tiên không đến bác sĩ hoặc bệnh viện để đánh giá, phân tầng nguy cơ.

Do ngất là nguyên nhân thường gặp làm cho bệnh nhân phải đến bệnh viện khám chữa bệnh và nhập viện, đưa đến các gánh nặng kinh tế do đó gần đây ngất phản đang được nghiên cứu kỹ và có nhiều phương pháp điều trị bệnh giúp cải thiện tiên lượng, phòng ngừa tái phát và nổi trội lên là máy tạo nhịp hai buồng tim có chức năng chống ngất phản xạ với mức độ khuyến cáo IA cho thể ức chế tim có vô tâm thu⁴.

Tuy nhiên tại Việt Nam hầu như chưa có nghiên cứu về hiệu quả của máy tạo nhịp hai buồng có chức năng chống ngất phản xạ cũng như về độ an toàn của thủ thuật cũng như lựa chọn cơ chế chống ngất nào của máy cho tối ưu. Vì vậy nghiên cứu *"An toàn và hiệu quả ngắn hạn của máy tạo nhịp hai buồng tim có chức năng chống ngất phản xạ"* là cần thiết để có thêm dữ liệu nhìn nhận về vai trò của máy tạo nhịp hai buồng ở nhóm bệnh nhân này trên thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân nhập viện tại Khoa Điều Trị Rối Loạn Nhịp, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 3/2017 đến 6/2024 được đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn 2 buồng tim có chức năng chống ngất phản xạ, được theo dõi 6 tháng sau đặt máy.

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu.

Cỡ mẫu. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá tính an toàn ở bệnh nhân ngất phản xạ được đặt máy tạo nhịp, tại trung tâm chúng tôi nghiên cứu, tất cả 100% bệnh nhân đặt máy tạo nhịp

được tiếp cận tính mạch nhánh tương đồng với tỉ lệ biến chứng $p = 2,49\%$ trong nghiên cứu của Hasan và cộng sự (2023)⁵

Từ công thức tính cỡ mẫu:

$$n = z^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$$

Trong đó: n: số bệnh nhân cần nghiên cứu

z: độ tin cậy đòi hỏi là 95%, $z = 1,96$

p: tỉ lệ biến chứng $p = 0,25$; e: sai số cho phép, chọn ngưỡng 5% ($e = 0,05$)

Cỡ mẫu cần tối thiểu $n = 37,3$ bệnh nhân, dự trừ mất mẫu 10%, như vậy nghiên cứu chúng tôi cần tối thiểu 41 bệnh nhân

Tham số nghiên cứu

- Các thông số nghiên cứu về tình trạng lâm sàng: lý do nhập viện, chẩn đoán, tuổi, giới tính..

- Các thông số biến chứng và các thông số tạo nhịp

+ So sánh với nghiên cứu của các tác giả khác và rút ra nhận xét.

+ Xử lý số liệu: thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm Excel 2016 và SPSS 26. Biến liên tục được trình bày dạng trung bình cộng và độ lệch chuẩn, biến phân loại được biểu diễn dạng số lượng và tỉ lệ phần trăm. So sánh khác biệt trung bình nhóm được tính bằng kiểm định T bất cặp hoặc T độc lập cho biến định lượng có phân bố chuẩn và hạng Wilcoxon cho biến định lượng có phân bố không chuẩn và kiểm định Fisher hoặc Chi bình phương cho biến phân loại. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng. Trong thời gian nghiên cứu từ 3/2017 đến 3/2024 nghiên cứu thu thập được 78 bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp 2 buồng tim có chức năng chống ngất phản xạ.

Phân tích đặc điểm dân số cho thấy, bệnh nhân nữ chiếm đa số với tỷ lệ 69,2%. Tuổi trung bình của toàn bộ dân số nghiên cứu là $46,6 \pm 16,2$ tuổi; nhưng ghi nhận nhóm bệnh nhân ngất tái phát có độ tuổi trung bình cao hơn đáng kể ($63,8 \pm 19,3$ tuổi) so với nhóm không tái phát ($45,4 \pm 15,4$ tuổi) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,013$). Các yếu tố khác như cân nặng, chiều cao, và BMI trung bình giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Tình trạng bệnh đồng mắc kèm theo bao gồm tăng huyết áp (14,1%), đái tháo đường (1,3%) và rối loạn lipid máu (1,3%), không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm tái phát và không tái phát.

Các thông số kỹ thuật của máy tạo nhịp, bao gồm nhận cảm nhĩ và thất, trở kháng nhĩ và thất, ngưỡng tạo nhịp nhĩ và thất, đều được ghi

nhận không có sự khác biệt thống kê giữa nhóm tái phát và không tái phát ngất và trong giới hạn bình thường. Thời gian thủ thuật trung bình là $72,2 \pm 16,3$ phút, với thời gian chiếu tia X trung bình là $250 \pm 103,2$ giây, và không có biến chứng nào xảy ra trong quá trình đặt máy cũng như theo dõi 6 tháng sau đó.

Không ghi nhận sự khác biệt về kết cục ngất

tái phát ở 2 nhóm cơ chế chống ngất phản xạ của máy là CLS và RDR với $p = 0,622$.

Trong thời gian theo dõi 6 tháng sau đặt máy tạo nhịp, 5 bệnh nhân (6,4%) gặp tình trạng ngất tái phát sau khi đặt máy, chủ yếu xảy ra vào tháng thứ 5 với tỷ lệ 5,1%, và một trường hợp tái phát vào tháng thứ 6 (1,3%). Không ghi nhận trường hợp tử vong nào trong quá trình theo dõi.

Bảng 1: Đặc điểm dân số ngất phản xạ

Đặc điểm	Tổng	Ngất tái phát		p
	N=78	Có (N=5)	Không (N=73)	
Giới nữ, n (%)	54 (69,2%)	2	52	0,316 ^a
Tuổi, tb $\pm$ đlc (năm)	46,6 $\pm$ 16,2	63,8 $\pm$ 19,3	45,4 $\pm$ 15,4	0,013 ^b
Cân nặng, tb $\pm$ đlc (kg)	56,4 $\pm$ 8	56,6 $\pm$ 10,6	56,4 $\pm$ 7,9	0,960 ^b
Chiều cao, tb $\pm$ đlc (cm)	159,3 $\pm$ 5,4	156,8 $\pm$ 4,7	159,4 $\pm$ 5,5	0,296 ^b
BMI, tb $\pm$ đlc (kg/m ²)	22,2 $\pm$ 2,9	23,1 $\pm$ 4,9	22,2 $\pm$ 2,7	0,685 ^c
Số cơn ngất trước đó	2,4 $\pm$ 1,1	2,6 $\pm$ 1,3	2,4 $\pm$ 1,1	0,701 ^b
Mạch, tb $\pm$ đlc (lần/phút)	73,1 $\pm$ 11,9	76 $\pm$ 12,6	72,9 $\pm$ 11,9	0,578 ^b
Huyết áp tâm thu, tb $\pm$ đlc (mmHg)	118,1 $\pm$ 13,8	116 $\pm$ 11,4	118,2 $\pm$ 14	0,730 ^b
Huyết áp tâm trương, tb $\pm$ đlc (mmHg)	69,9 $\pm$ 11,6	64 $\pm$ 8,9	70,3 $\pm$ 11,7	0,247 ^b
Tăng huyết áp	11 (14,1%)	2	9	0,143 ^a
Đái tháo đường	1 (1,3%)	0	1	
Rối loạn lipid máu	1 (1,3%)	0	1	

^aKiểm định chính xác fisher; ^bKiểm định t với phương sai bằng nhau;

^cKiểm định t với phương sai khác nhau

Bảng 2: Thông số kỹ thuật đặt máy tạo nhịp hai buồng

Đặc điểm	Tổng	Ngất tái phát		p
	N=78	Có (N=5)	Không (N=73)	
Cơ chế				
Kích thích vòng lặp (CLS)	34 (43,6%)	2	32	0,622 ^a
Đáp ứng rút nhịp (RDR)	44 (56,4%)	3	41	
Thông số kỹ thuật				
Nhận cảm nhĩ, tb ± đlc (mA)	3,5 ± 1,5	3,7 ± 1,1	3,4 ± 1,6	0,679 ^b
Nhận cảm thất, tb ± đlc (mA)	12,7 ± 5,8	16,4 ± 7,2	12,4 ± 5,6	0,131 ^b
Trở kháng nhĩ, tb ± đlc (Ohm)	633,6 ± 182,1	685,8 ± 185,6	630,1 ± 182,7	0,512 ^b
Trở kháng thất, tb ± đlc (Ohm)	687,2 ± 200	758 ± 243,5	682,3 ± 197,8	0,417 ^b
Ngưỡng tạo nhịp nhĩ, tb ± đlc (V)	0,7 ± 0,2	0,7 ± 0,3	0,8 ± 0,2	0,327 ^b
Ngưỡng tạo nhịp thất, tb ± đlc (V)	0,8 ± 0,2	0,8 ± 0,3	0,8 ± 0,2	0,784 ^b
Thời gian thủ thuật, tb ± đlc (phút)	72,2 ± 16,3	71 ± 16,7	72,3 ± 16,4	0,862 ^b
Thời gian chiếu tia X, , tb ± đlc (giây)	250 ± 103,2	255,6 ± 159,3	249,6 ± 99,9	0,938 ^c
Biến chứng	0			

^aKiểm định chính xác fisher; ^bKiểm định t với phương sai bằng nhau;

^cKiểm định t với phương sai khác nhau

Bảng 3: Đặc điểm ngất tái phát của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Số bệnh nhân ngất tái phát	5 (6,4%)
Ngất tái phát tháng thứ 5, n (%)	4 (5,1%)
Ngất tái phát tháng thứ 6, n (%)	1 (1,3%)
Thời gian ngất tái phát (tháng)	5,4 $\pm$ 0,5
Tử vong	0

IV. BÀN LUẬN

Ngất phản xạ (vasovagal syncope - VVS) là

một trong những dạng ngất phổ biến nhất, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi và trung niên. Bệnh lý này thường gây suy giảm chất lượng cuộc sống do tần suất tái phát cao lên đến 50% trong 2 năm sau lần ngất đầu tiên nếu không can thiệp điều trị¹ và có thể dẫn đến chấn thương do té ngã. Trước đây, các biện pháp điều trị ngất phản xạ bao gồm thay đổi lối sống, hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các tư thế tăng trương lực cơ dự phòng và sử dụng một số thuốc như chẹn thụ thể beta và corticoid, nhưng hiệu

quả của chúng chưa nhất quán qua hàng loạt nghiên cứu cũng như tỉ lệ tái phát còn cao cũng như một số nghiên cứu cho thấy việc sử dụng chẹn thụ thể beta không mang lại hiệu quả ngăn ngừa ngất tái phát, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân trẻ^{1,6}. Vào những năm 1990, máy tạo nhịp được áp dụng lần đầu trong điều trị VVS với mục tiêu tạo nhịp các trường hợp ngất có yếu tố ức chế tim (vô tâm thu). Các nghiên cứu gần đây, chẳng hạn như nghiên cứu BIOSync năm 2017 của Brignole⁷ với máy tạo nhịp có chức năng kích thích vòng lặp chống ngất (CLS), đã khẳng định lợi ích của máy tạo nhịp trong việc giảm tái phát ngất ở những bệnh nhân có đáp ứng ức chế tim rõ rệt khi thực hiện nghiệm pháp bàn nghiêng hoặc trên máy ghi sự kiện được cấy dưới da. Nghiên cứu BIOSync cho thấy giảm nguy cơ tái phát tương đối lên đến 77% sau 2 năm, với số bệnh nhân cần điều trị (NNT) chỉ 2,2; nhấn mạnh hiệu quả cao của phương pháp này trong điều trị ngất phản xạ. Tương tự, nghiên cứu ISSUE-3⁸ cho thấy tỷ lệ tái phát giảm 57% ở nhóm bệnh nhân có máy tạo nhịp hoạt động so với nhóm đối chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bao gồm 78 bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp hai buồng tim với chức năng chống ngất phản xạ, chỉ có 5 bệnh nhân (6,4%) tái phát ngất trong thời gian theo dõi, một tỷ lệ thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu quốc tế như ISSUE-3 và BIOSync. Điều này có thể là do sự tuyển chọn bệnh nhân, tối ưu hóa quy trình đặt máy, và điều kiện theo dõi chặt chẽ hơn. Bệnh nhân trong nhóm tái phát có tuổi trung bình cao hơn ($63,8 \pm 19,3$) so với nhóm không tái phát ($45,4 \pm 15,4$; $p = 0,013$), phù hợp với bằng chứng rằng tuổi cao là yếu tố nguy cơ quan trọng cho tái phát ngất, đặc biệt ở nhóm trên 40 tuổi¹. Đặc điểm giới tính của nhóm nghiên cứu cũng tương tự các nghiên cứu khác khi nữ chiếm tỷ lệ cao với 69,2% (54/78), tuy nhiên tỷ lệ này không ảnh hưởng rõ rệt đến nguy cơ tái phát ngất ($p = 0,316$) điều này phù hợp với các tài liệu cho rằng, mặc dù nữ giới có tỷ lệ mắc VVS cao hơn, nhưng sự tái phát ngất thường không khác biệt rõ rệt theo giới tính khi sử dụng máy tạo nhịp. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng thể chất tốt với cân nặng trung bình là $56,4 \pm 8$ kg, chiều cao trung bình $159,3 \pm 5,4$ cm và BMI trung bình là $22,2 \pm 2,9$ kg/m², không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm tái phát và không tái phát về cân nặng ($p = 0,960$), chiều cao ($p = 0,296$) và BMI ($p = 0,685$). Các yếu tố lâm sàng như số lần ngất trước khi can thiệp ($2,4 \pm 1,1$ lần), huyết áp tâm thu ($118,1 \pm 13,8$ mmHg), và huyết áp

tâm trương ($69,9 \pm 11,6$ mmHg) cũng không khác biệt giữa hai nhóm. Trong khi các nghiên cứu như BIOSync tập trung vào hiệu quả của cơ chế CLS, các nghiên cứu khác, chẳng hạn như nghiên cứu sử dụng máy tạo nhịp với cơ chế phản ứng với nhịp tim giảm đột ngột (Rate Drop Response - RDR), cũng cho thấy hiệu quả tương đương. Cả CLS và RDR đều hoạt động dựa trên nguyên tắc phát hiện sớm tín hiệu của ngất phản xạ để can thiệp kịp thời, với CLS thường được đánh giá cao trong việc phản hồi nhanh chóng theo chu kỳ nhịp sinh lý của bệnh nhân, còn RDR dựa vào sự thay đổi nhịp tim đột ngột để tạo nhịp nhanh ngăn chặn tình trạng giảm lưu lượng máu đến não từ đó chống ngất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả hai cơ chế đều không được ưu tiên chọn lựa, ngẫu nhiên, và không có sự khác biệt đáng kể trong hiệu quả chống ngất khi so sánh các thông số như số lần ngất trước can thiệp và mức độ giảm ngất tái phát.

Về mặt kỹ thuật, các thông số của máy tạo nhịp bao gồm nhận cảm nhĩ ($3,5 \pm 1,5$ mA) và thất ($12,7 \pm 5,8$ mA), trở kháng nhĩ ($633,6 \pm 182,1$ Ohm) và thất ($687,2 \pm 200$ Ohm), ngưỡng tạo nhịp nhĩ ($0,7 \pm 0,2$ V) và thất ($0,8 \pm 0,2$ V) đều không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm tái phát và không tái phát. Thời gian thủ thuật trung bình là $72,2 \pm 16,3$ phút và thời gian chiếu tia X trung bình là $250 \pm 103,2$ giây. Đặc biệt, không có biến chứng nào được ghi nhận trong quá trình phẫu thuật cấy máy, cho thấy tính an toàn và hiệu quả cao của quy trình này trong điều kiện thực tế lâm sàng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh rằng máy tạo nhịp hai buồng là một lựa chọn điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân ngất phản xạ, bất kể sử dụng cơ chế CLS hay RDR. Tỷ lệ tái phát ngất thấp (6,4%) và không có biến chứng nghiêm trọng trong quá trình theo dõi điều trị cho thấy tính an toàn và hiệu quả của phương pháp này trong điều kiện thực hành lâm sàng. Đối với những bệnh nhân có đáp ứng ức chế tim trong nghiệm pháp bàn nghiêng, máy tạo nhịp đã chứng tỏ giúp ngăn chặn ngất tái phát và cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá tính an toàn và hiệu quả của máy tạo nhịp tim hai buồng có chức năng chống ngất phản xạ với tỷ lệ biến chứng trong thời gian theo dõi 6 tháng là 0%, các thông số kỹ thuật của máy ổn định theo thời gian. Nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ ngất tái phát thấp (6,4%) và không ghi nhận tử

vong cũng như sự khác biệt có ý nghĩa về hiệu quả chống ngất giữa hai cơ chế chống ngất là CLS và Rate drop response, cho thấy rằng máy tạo nhịp hai buồng với bất kỳ chức năng chống ngất nào cũng đều giảm ngất tái phát hiệu quả, an toàn và từ đó gợi ý tính khả thi áp dụng rộng rãi cho các bệnh nhân tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al.** Practical Instructions for the 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J.* Jun 1 2018;39(21):e43-e80. doi:10.1093/eurheartj/ehy071
2. **Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, et al.** 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Heart Rhythm.* Aug 2017;14(8):e155-e217. doi:10.1016/j.hrthm.2017.03.004
3. **Chen LY, Shen WK, Mahoney DW, Jacobsen SJ, Rodeheffer RJ.** Prevalence of syncope in a population aged more than 45 years. *Am J Med.* Dec 2006;119(12): 1088.e1-7. doi:10.1016/j.amjmed.2006.01.029
4. **Glikson M, Nielsen JC, Kronborg MB, et al.** [2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy Developed by the Task Force on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA)]. *G Ital Cardiol (Rome).* Jul 2022;23(7 Suppl 1):e1-e94. Linee guida ESC 2021 su stimolazione cardiaca e terapia di resincronizzazione cardiaca elaborate dalla Task Force su stimolazione cardiaca e terapia di resincronizzazione cardiaca della Società Europea di Cardiologia (ESC) con il contributo straordinario della European Heart Rhythm Association (EHRA). doi:10.1714/3824.38087
5. **Hasan F, Nedios S, Karosiene Z, et al.** Perioperative complications after pacemaker implantation: higher complication rates with subclavian vein puncture than with cephalic vein cutdown. *J Interv Card Electrophysiol.* Jun 2023; 66(4): 857-863. doi:10.1007/s10840-022-01135-x
6. **Raviele A, Giada F, Menozzi C, et al.** A randomized, double-blind, placebo-controlled study of permanent cardiac pacing for the treatment of recurrent tilt-induced vasovagal syncope. The vasovagal syncope and pacing trial (SYNPACE). *Eur Heart J.* Oct 2004;25(19):1741-8. doi:10.1016/j.ehj.2004.06.031
7. **Brignole M, Tomaino M, Aerts A, et al.** Benefit of dual-chamber pacing with Closed Loop Stimulation in tilt-induced cardio-inhibitory reflex syncope (BIOSync trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* May 4 2017;18(1):208. doi:10.1186/s13063-017-1941-4
8. **Brignole M, Menozzi C, Moya A, et al.** Pacemaker therapy in patients with neurally mediated syncope and documented asystole: Third International Study on Syncope of Uncertain Etiology (ISSUE-3): a randomized trial. *Circulation.* May 29 2012;125(21):2566-71. doi:10.1161/circulationaha.111.082313

ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN HỌC CỦA VIÊM PHỔI SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG 2022-2023

Đinh Dương Tùng Anh^{1,3}, Đàm Thị Oanh¹, Lê Thị Hòa¹,
Nguyễn Thị Thanh Huyền¹, Đinh Văn Thức^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm vi khuẩn học của viêm phổi sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em, Hải Phòng trong các năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh. Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi sơ sinh, được phân lập vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ tại khoa Sơ sinh - Bệnh viện Trẻ em, Hải Phòng (BVTEHP) trong khoảng thời gian từ ngày 01 tháng 5

năm 2022 đến ngày 31 tháng 4 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ nam/nữ $\approx 1,9/1$. Đa số bệnh nhi đến từ vùng ngoại thành. Số ca viêm phổi sơ sinh đã phân lập được vi khuẩn có xu hướng gia tăng vào các tháng 7,8,9 và 12. Một số loại vi khuẩn thường gặp nhất được phân lập từ bệnh nhi VPSS là *H. influenzae*, *S. aureus* và *M. catarrhalis*. Cả ba loại vi khuẩn gây bệnh thường gặp này đều thể hiện tính đề kháng nhiều loại kháng sinh trên kháng sinh đồ. **Kết luận:** Việc lựa chọn kháng sinh ban đầu trong điều trị VPSS nên bám sát đặc tính đề kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn gây bệnh thường gặp, tập trung vào nhóm các vi khuẩn: *H. influenzae*, *S. aureus* và *M. catarrhalis*.

Từ khóa: viêm phổi sơ sinh, kháng kháng sinh, *H. influenzae*, *S. aureus*, *M. catarrhalis*.

SUMMARY

BACTERIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF NEONATAL PNEUMONIA AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2022-2023

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

³Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025