hơn so với nhóm thể tích nhỏ. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nhóm thể tích nhỏ và điểm thẩm mỹ trước can thiệp thấp, dẫn đến sự thay đổi đáng kể trong thời gian ngắn hơn. Những nghiên cứu trước đây, như của Yang Guang[8] và Wei-Che Lin[4], cũng ghi nhận sự cải thiện điểm thẩm mỹ đáng kể theo thời gian ở cả hai nhóm thể tích, điều này cũng cho thấy sự hiệu quả của phương pháp điều trị trong việc cải thiện thẩm mỹ liên quan đến nhân giáp.

V. KẾT LUẬN

Đốt sóng cao tần điều trị bướu giáp đơn nhân lành tính là một phương pháp an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp và hiệu quả giảm thể tích cao (75% sau 6 tháng). Kích thước nhân giáp tỷ lệ thuận với năng lượng và thời gian can thiệp. Tỷ lệ giảm thể tích nhân giáp, điểm triệu chứng và điểm thẩm mỹ tăng dần theo thời gian sau can thiệp. Ngoài ra, tỷ lệ mô đặc trong nhân giáp cũng ảnh hưởng đến giảm thể tích nhân giáp sau can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Muhammad H, Santhanam P, Russell JO.** Radiofrequency ablation and thyroid nodules: updated systematic review. Endocrine. 2021;72: 619-632. doi:10.1007/s12020-020-02598-6
2. **Khanh HQ, Vuong NL, Tien TQ.** Factors Associated with the Efficacy of Radiofrequency Ablation in the Treatment of Benign Thyroid Nodules. World. 2020;12(3):118.
3. **Kuo JH.** Radiofrequency Ablation for Thyroid Nodules. In: Roman SA, Shen WT, Sosa JA, eds. Controversies in Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: A Case-Based Approach. Springer International Publishing; 2023:65-77.
4. **Lin W-C, Kan N-N, Chen H-L, et al.** Efficacy and safety of single-session radiofrequency ablation for benign thyroid nodules of different sizes: a retrospective study. International Journal of Hyperthermia. 2020;37(1):1082-1089.
5. **Bellynda M, Kamil MR, Yarso KY.** Radiofrequency ablation for benign thyroid nodule treatment: New solution in our center. Int J Surg Case Rep. Aug 2022;97:107418. doi:10.1016/ j.ijscr.2022.107418
6. **Cesareo R, Naciu A, Iozzino M, et al.** Nodule size as predictive factor of efficacy of radiofrequency ablation in treating autonomously functioning thyroid nodules. International Journal of Hyperthermia. 2018;34(5):617-623.
7. **Baek JH, Kim YS, Lee D, Huh JY, Lee JH.** Benign predominantly solid thyroid nodules: prospective study of efficacy of sonographically guided radiofrequency ablation versus control condition. American Journal of Roentgenology. 2010;194(4): 1137-1142. doi:10.2214/ AJR.09.3372
8. **Guang Y, He W, Luo Y, et al.** Patient satisfaction of radiofrequency ablation for symptomatic benign solid thyroid nodules: our experience for 2-year follow up. BMC cancer. 2019;19:1-8.

PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ PHÁ RUNG (ICD) Ở BỆNH NHÂN: KINH NGHIỆM DÀI HẠN TỪ MỘT TRUNG TÂM

Nguyễn Tri Thức[1], Trầm Minh Toàn[1], Lê Phước Đại[1], Võ Thái Duy[1], Trần Lê Uyên Phương[1], Trần Cao Đạt[1], Nguyễn Khắc Lê Sơn[1], Nguyễn Khắc Thiên Chương[1], Kiều Ngọc Dũng[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Máy phá rung cấy dưới da (ICD) là phương pháp hiệu quả nhất trong việc ngăn ngừa đột tử do tim (SCD) ở bệnh nhân mắc hội chứng Brugada (BrS), một rối loạn di truyền kênh ion nguy hiểm với nguy cơ cao xuất hiện các rối loạn nhịp thất đe dọa tính mạng. Tuy nhiên, việc quyết định cấy ICD và quản lý bệnh nhân BrS vẫn đối mặt với nhiều thách thức do liên quan đến các yếu tố nguy cơ cá nhân và biến chứng sau thủ thuật cấy máy. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả và độ an toàn của liệu pháp ICD tại Việt Nam, nơi có tỷ lệ mắc hội chứng BrS cao. **Phương pháp:** Đoàn hệ hồi cứu. **Kết quả:** Tổng cộng 186 bệnh nhân BrS được đặt máy khử rung ngừa đột tử tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2018 đến 2023 đã được đưa vào nghiên cứu. Đa số là nam giới (93%) với độ tuổi trung bình 45,7 ± 12,1 tuổi. Trong đó, 96,7% được cấy ICD một buồng, quá trình thủ thuật diễn ra an toàn, không ghi nhận biến chứng. Thời gian thực hiện trung bình là 51,2 ± 31,5 phút, cho thấy đây là một thủ thuật hiệu quả với độ an toàn cao. Các thông số cấy ICD như ngưỡng tạo nhịp và trở kháng đều nằm trong giới hạn bình thường, đảm bảo thiết bị hoạt động tốt. Theo dõi trung bình 34,2 ± 14,5 tháng; 4,3% bệnh nhân gặp rung thất và tất cả các trường hợp này đều được kiểm soát hiệu quả bằng sốc điện trong từ máy. Ngoài ra, các rối loạn nhịp khác như rung nhĩ và nhanh thất xuất hiện với tỷ lệ thấp. Đặc biệt, những bệnh nhân có tiền sử ngừng tim ngoài bệnh viện (OHCA) có nguy cơ

[1]*Bệnh viện Chợ Rẫy*
Chịu trách nhiệm chính: Kiều Ngọc Dũng
Email: kndungbvcr@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025
Ngày duyệt bài: 13.3.2025

cao hơn gặp các biến cố rối loạn nhịp nghiêm trọng, với tỷ lệ nguy cơ (OR) là 42 và khoảng tin cậy 95% từ 5,22 đến 422,85. **Kết luận:** Nghiên cứu khẳng định ICD là phương pháp an toàn và hiệu quả trong việc phòng ngừa đột tử do tim ở bệnh nhân BrS, đặc biệt ở nhóm nguy cơ cao. Tỷ lệ biến chứng thấp và hiệu quả cao nhấn mạnh tầm quan trọng của cấy ICD cũng như cung cấp cơ sở khoa học quan trọng để cải thiện chiến lược điều trị và xây dựng hướng dẫn lâm sàng phù hợp, đặc biệt ở các khu vực có tỷ lệ mắc BrS cao như Việt Nam.

Từ khoá: ICD, hội chứng brugada, nhanh thất.

SUMMARY

ICD THERAPY IN PATIENT WITH BRUGADA SYNDROME: LONG-TERM EXPERIENCE FROM A SINGLE CENTER

Background: The implantable cardioverter-defibrillator (ICD) is the most effective method for preventing sudden cardiac death (SCD) in patients with Brugada syndrome (BrS), a dangerous genetic disorder with a high risk of life-threatening arrhythmias. However, the decision to implant an ICD and the management of BrS patients face significant challenges due to individual risk factors and post-procedure complications. **Objective:**This study was conducted to evaluate the efficacy and safety of ICD in Vietnam, a region with a high prevalence of BrS. **Method:** Retrospective cohort study. **Result:** A total of 186 BrS patients treated at Cho Ray Hospital from 2018 to 2023 were included in the study. The majority were male (93%) with a mean age of 45,7 ± 12,1 years. Of these, 96,7% received single-chamber ICDs, and the implantation procedure was performed safely with no major complications reported. The average procedure time was 51,2 ± 31,5 minutes, demonstrating an effective and safe intervention. Implantation parameters such as pacing thresholds and impedance were within normal limits, ensuring proper device function. During a mean follow-up period of 34,2 ± 14,5 months, 4,3% of patients experienced ventricular fibrillation, all of which were successfully managed with ICD shocks. Additionally, other arrhythmias such as atrial fibrillation and ventricular tachycardia were observed at lower rates. Notably, patients with a history of out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) had a significantly higher risk of serious arrhythmic events, with an odds ratio (OR) of 42 and a 95% confidence interval (CI) ranging from 5,22 to 422,85. **Conclusion:** The study confirms that ICD therapy is a safe and effective method for preventing SCD in BrS patients, particularly those at high risk. The low complication rate and high treatment efficacy highlight the importance of ICD implantation and these findings provide essential scientific evidence for improving treatment strategies and developing appropriate clinical guidelines, especially in regions with a high prevalence of BrS, such as Vietnam.

Keywords: ICD, Brugada, Ventricular tachycardia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Brugada (BrS) là một rối loạn kênh ion di truyền nguy hiểm, đặc trưng bởi sự bất thường trên điện tâm đồ (ECG) với sự chênh lên đoạn ST ở các đạo trình trước ngực phải. BrS là nguyên nhân phổ biến của đột tử do tim (SCD) ở người trẻ và khỏe mạnh, đặc biệt là ở khu vực Đông Nam Á, nơi tỷ lệ mắc bệnh cao hơn so với các khu vực khác.

Điều trị hội chứng Brugada chủ yếu tập trung vào việc phòng ngừa đột tử do tim, và máy phá rung cấy dưới da (ICD) được coi là phương pháp điều trị hiệu quả nhất [1]. ICD có khả năng phát hiện và can thiệp khi có các rối loạn nhịp tim nguy hiểm như rung thất (VF), nhanh thất (VT), do đó ngăn ngừa được các biến cố đột tử. Tuy nhiên, việc quyết định cấy ICD không phải lúc nào cũng đơn giản, vì các biến chứng liên quan đến thiết bị này vẫn tồn tại, bao gồm nguy cơ sốc không phù hợp và các vấn đề kỹ thuật liên quan đến cấy máy.

Trong các nghiên cứu gần đây, với sự cải tiến về kỹ thuật cấy máy cũng như theo dõi sau cấy máy ICD đã cho thấy hiệu quả cao trong phòng ngừa SCD ở các bệnh nhân BrS. Mặc dù vậy, việc xác định đúng đối tượng bệnh nhân cần cấy ICD vẫn là một thách thức lớn, đòi hỏi phải có sự đánh giá kỹ lưỡng về các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân, bao gồm tiền sử ngất, ngừng tim ngoài bệnh viện (OHCA), và các bất thường trên ECG.

Các hướng dẫn lâm sàng hiện nay, như hướng dẫn đã có từ HRS/EHRA/APHRS năm 2013[2], khuyến nghị cấy ICD cho những bệnh nhân BrS có ít nhất hai yếu tố nguy cơ trở lên. Điều này đặc biệt quan trọng trong việc quản lý các bệnh nhân tại các quốc gia Đông Nam Á, nơi mà tỷ lệ mắc hội chứng Brugada cao, bao gồm cả Việt Nam.

Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá tỉ lệ cấy ICD ở các bệnh nhân mắc hội chứng Brugada tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2018 đến 2023, cũng như xem xét các yếu tố nguy cơ liên quan đến việc cấy ICD và hiệu quả của nó trong việc ngăn ngừa các biến cố rối loạn nhịp nguy hiểm. Kết quả từ nghiên cứu này hy vọng sẽ cung cấp thêm thông tin hữu ích để cải thiện chiến lược điều trị và quản lý hội chứng Brugada, đồng thời góp phần vào việc xây dựng các hướng dẫn lâm sàng phù hợp cho các bệnh nhân tại khu vực này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu này được thực hiện trên 186 bệnh nhân được chẩn đoán mắc hội chứng Brugada và đã được đặt máy phá rung cấy dưới da (ICD) tại Bệnh viện

Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ năm 2018 đến 2023. Đối tượng nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, có kết quả điện tâm đồ (ECG) đặc trưng cho hội chứng Brugada. Các bệnh nhân có tiền sử ngừng tim ngoài bệnh viện, ngất, hoặc các triệu chứng rối loạn nhịp tim khác được đưa vào nghiên cứu. Những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch cấu trúc hoặc các bệnh lý khác có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu bị loại trừ.

Thủ thuật đặt máy phá rung. Các bệnh nhân được chỉ định đặt ICD dựa trên đánh giá lâm sàng và các yếu tố nguy cơ cụ thể như tiền sử đột tử trong gia đình, ngất không giải thích được, và kết quả từ thăm dò điện sinh lý. Thủ thuật đặt ICD được thực hiện dưới sự hướng dẫn của các bác sĩ chuyên khoa rối loạn nhịp, với việc sử dụng máy chụp mạch xoá nền (DSA) để đảm bảo vị trí chính xác của các điện cực. ICD được cấy dưới da ở vùng ngực trên, với các điện cực được đặt ở tim để theo dõi và can thiệp khi cần thiết. Các thông số cài đặt của ICD như ngưỡng tạo nhịp, trở kháng, và thời gian thủ thuật đều được ghi nhận để đảm bảo thiết bị hoạt động hiệu quả.

Các phương thức điều trị của máy phá rung. Máy ICD được cài đặt để phát hiện và điều trị các rối loạn nhịp tim nguy hiểm như nhanh thất và rung thất. Khi phát hiện các bất thường, ICD sẽ can thiệp bằng cách phát xung điện để khôi phục nhịp tim bình thường. Các thông số liên quan đến hiệu quả điều trị như số lần phát sốc, tần suất của các cơn rối loạn nhịp, và mức năng lượng của các cú sốc đều được theo dõi và ghi nhận. Ngoài ra, ICD cũng có khả năng lưu trữ dữ liệu về các sự kiện rối loạn nhịp đã xảy ra, giúp các bác sĩ điều chỉnh cài đặt của máy nếu cần thiết.

Phần thống kê. Dữ liệu thu thập từ các bệnh nhân bao gồm thông tin nhân khẩu học, kết quả lâm sàng, và các biến cố rối loạn nhịp sau khi đặt ICD. Các biến số được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS, với các phép kiểm định t-test, chi-squared và phân tích Kaplan-Meier được sử dụng để đánh giá sự khác biệt giữa các nhóm bệnh nhân. Các giá trị $p<0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Kết quả thống kê được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, và các giá trị phần trăm để minh họa cho tỉ lệ các sự kiện xảy ra trong quần thể nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số. Nghiên cứu bao gồm 186 bệnh nhân mắc hội chứng Brugada, với độ tuổi trung bình là 45,7 ± 12,1 tuổi. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới, chiếm 93,0% (173/186), điều này phù hợp với các báo cáo trước đây cho thấy Brugada thường gặp ở nam giới nhiều hơn so với nữ giới. Đây là một đặc điểm quan trọng vì Brugada được ghi nhận có liên quan đến các yếu tố di truyền đặc trưng và sự khác biệt về giới tính. Tỉ lệ bệnh nhân có tiền sử đột tử trong gia đình là 0,2% (2/186), một con số khá thấp, cho thấy rằng trong phần lớn các trường hợp, hội chứng Brugada ở bệnh nhân trong nghiên cứu này không có yếu tố di truyền rõ ràng.

Bên cạnh đó, 10,21% (19/186) bệnh nhân có tiền sử ngất trước khi đặt ICD, đây là một triệu chứng lâm sàng quan trọng cần được theo dõi sát sao. Ngoài ra, 22,5% (42/186) bệnh nhân báo cáo có triệu chứng nặng ngực. Các thông số như EF trung bình là 65,6 ± 7,2%, cho thấy chức năng tim của hầu hết các bệnh nhân vẫn ở mức bình thường, phù hợp với đặc điểm của Brugada là không có sự bất thường về cấu trúc tim.

Bảng 1: Đặc điểm dân số

Đặc điểm	N=186
Tuổi	45,7 ± 12,1
Nam	173 (93,0)
Tháng theo dõi sau đặt máy	34,2 ± 14,5
Ngất	19 (10,21)
Nặng ngực	42 (22,5)
Tiền căn đột tử n (%)	29 (15,59)
Tiền căn ghi nhận gia đình đột tử n(%)	2 (0,2)
EF	65,6 ± 7,2
LVIDd	46,5 ± 5,1
Tăng huyết áp n (%)	14 (7,5)
Đái tháo đường n (%)	10 (5,3)

Đặc điểm của thủ thuật đặt máy. Trong tổng số 186 bệnh nhân, 96,7% (180/186) được đặt máy ICD một buồng và 3,2% (6/186) được đặt ICD hai buồng. Thời gian trung bình của thủ thuật là 51,2 ± 31,5 phút. Nhận cảm thất phải trung bình là 7,2 ± 3,4, ngưỡng tạo nhịp trung bình là 0,41 ± 1,2V, và trở kháng trung bình là 521,3 ± 310 Ohm, tất cả đều nằm trong giới hạn bình thường và cho thấy thiết bị hoạt động tốt sau khi được cấy ghép.

Một điều đáng chú ý là không có trường hợp biến chứng nào được ghi nhận trong suốt quá trình thủ thuật. Đây là một kết quả tích cực, cho thấy thủ thuật đặt ICD tại Bệnh viện Chợ Rẫy được thực hiện với độ an toàn cao và kỹ thuật cấy ghép được duy trì ở mức độ chuyên nghiệp. Tỉ lệ bệnh nhân được test sốc thành công sau khi đặt ICD là 92,4% (172/186), chứng tỏ rằng phần lớn bệnh nhân đã được cài đặt và kiểm tra hiệu quả của máy một cách chính xác.

Bảng 2: Đặc điểm máy khử rung tự động (ICD)

Đặc điểm	N=186
Sensing thất phải	7,2 ± 3,4
Ngưỡng tạo nhịp	0,41 ± 1,2
Impedance	521,3 ± 310
Thời gian thủ thuật	51,2 ± 31,5
ICD 1 buồng n (%)	180 (96,7)
ICD 2 buồng n (%)	6 (3,2)
Tỉ lệ test sốc n (%)	172 (92,4)

Tỉ lệ xuất hiện rối loạn nhịp trong quá trình theo dõi. Trong suốt quá trình theo dõi, 4,3% (8/186) bệnh nhân ghi nhận có rung thất, một trong những dạng rối loạn nhịp nguy hiểm nhất mà ICD được cài đặt để ngăn ngừa. Tỷ lệ này tương đối thấp, cho thấy hiệu quả của ICD trong việc phòng ngừa các biến cố rối loạn nhịp nghiêm trọng. Các biến cố khác như rung nhĩ xuất hiện ở 3,2% (6/186) bệnh nhân và nhanh thất ở 1,6% (3/186) bệnh nhân. Điều này cho thấy rằng, ngoài rung thất, các rối loạn nhịp tim khác cũng cần được theo dõi và quản lý cẩn thận.

Bảng 3: Tỉ lệ rối loạn nhịp trong thời gian theo dõi

Đặc điểm	Số bệnh nhân rung thất
Rung nhĩ	6 (3,2)
Nhanh thất	3 (1,6)
Rung thất	8 (4,3)

Đặc điểm của rối loạn nhịp. Trong quá trình theo dõi, 8 bệnh nhân đã trải qua các cơn rung thất, với số lần xảy ra cơn dao động từ 1 đến 5 lần và tần số rung thất từ 250 đến 300 nhịp/phút. Các phương thức điều trị chủ yếu bao gồm sốc điện với mức năng lượng từ 25J đến 32J.

Trong số 8 bệnh nhân này, 4 trường hợp đã chấm dứt cơn ngay sau cú sốc đầu tiên với mức năng lượng 25J. Tuy nhiên, 4 trường hợp còn lại cần đến cú sốc thứ hai với mức năng lượng cao hơn, cụ thể là 32J, mới có thể cắt được cơn rối loạn nhịp. Một trong những trường hợp này đã tái phát rung thất trong vòng một giờ sau khi được sốc điện lần đầu tiên và phải trải qua một lần sốc điện thứ hai để kiểm soát tình trạng này.

Bảng 4: Rối loạn nhịp thất máy can thiệp

Bệnh nhân	Số cơn	Tần số	Phương thức cắt cơn thành công	Số phát sốc
1	1	260	Sốc điện 25J	1
2	3	250	Sốc điện 32J	2
3	4	300	Sốc điện 32J	3
4	1	280	Sốc điện 25J	1
5	1	260	Sốc điện 25J	1
6	3	280	Sốc điện 32J	3
7	1	270	Sốc điện 25J	1
8	5	300	Sốc điện 32J	3

Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng ngừng tim ngoài bệnh viện (OHCA) là một yếu tố tiên lượng quan trọng liên quan đến nguy cơ rối loạn nhịp nghiêm trọng, với tỷ lệ rủi ro (OR) là 42 và khoảng tin cậy 95% là từ 5,22 đến 422,85. Điều này cho thấy những bệnh nhân có tiền sử OHCA có nguy cơ cao hơn trong việc gặp phải các biến cố rối loạn nhịp nghiêm trọng và do đó, cần được theo dõi và quản lý chặt chẽ hơn sau khi cấy ICD.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ cao bệnh nhân mắc hội chứng Brugada (BrS) là nam giới (93,0%), với độ tuổi trung bình là 45,7 ± 12,1 tuổi. Điều này phù hợp với các nghiên cứu khác như của Lee và cộng sự (2020)[3], nơi phần lớn bệnh nhân BrS cũng là nam giới và thường được chẩn đoán ở độ tuổi trung niên. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử gia đình về đột tử do tim trong nghiên cứu này (0,2%) thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ được báo cáo trong các nghiên cứu khác, có thể do sự khác biệt trong quần thể nghiên cứu hoặc do phương pháp thu thập dữ liệu.

Thủ thuật đặt máy phá rung cấy dưới da (ICD) trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thành công cao với 96,7% bệnh nhân được đặt ICD một buồng và 3,2% bệnh nhân được đặt ICD hai buồng. Không có biến chứng nghiêm trọng nào được ghi nhận, cho thấy sự an toàn và hiệu quả của quy trình tại Bệnh viện Chợ Rẫy. So sánh với các nghiên cứu khác, tỷ lệ biến chứng liên quan đến ICD dao động từ 20,2% đến 23%, với các biến chứng phổ biến như nhiễm trùng thiết bị và sự cố dây dẫn. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ biến chứng thấp hơn, có thể là do kỹ thuật cấy ghép và quản lý sau thủ thuật được thực hiện cẩn thận hơn.

Trong quá trình theo dõi, 4,3% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã trải qua các cơn rung thất. Tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu khác, chẳng hạn như nghiên cứu của Lee và cộng sự (2020), trong đó 25% bệnh nhân nhận được sốc điện phù hợp từ ICD trong quá trình theo dõi. Nghiên cứu của Conte (2015)[4] theo dõi trong 20 năm cũng báo cáo rằng khoảng 16% bệnh nhân BrS nhận được sốc điện phù hợp trong quá trình theo dõi dài hạn, với tỷ lệ cao hơn ở nhóm phòng ngừa thứ phát.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận rằng 4 trong số 8 bệnh nhân có rung thất đã dứt cơn ngay sau cú sốc đầu tiên, trong khi 4 bệnh nhân còn lại cần đến cú sốc thứ hai với mức năng lượng cao hơn để cắt cơn rối loạn nhịp. Những phát hiện này cho thấy mặc dù ICD hiệu quả trong việc ngăn ngừa đột tử, nhưng việc

điều chỉnh mức năng lượng sốc có thể cần thiết ở một số bệnh nhân. Trong một nghiên cứu khác, tỷ lệ sốc không phù hợp dao động khoảng 13,7%[5], thường do các yếu tố như cảm biến quá mức hoặc nhịp tim nhanh trên thất

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng ngừng tim ngoài bệnh viện (OHCA) là một yếu tố tiên lượng quan trọng, với tỷ lệ rủi ro (OR) là 42 và khoảng tin cậy 95% từ 5,22 đến 422,85. Điều này tương tự với các kết quả từ nghiên cứu của Delise và cộng sự (2011)[6], trong đó OHCA và kiểu ECG Brugada type 1 tự phát được xác định là các yếu tố tiên lượng quan trọng cho các biến cố rối loạn nhịp sau khi cấy ICD.

Việc xác định chính xác các yếu tố tiên lượng như OHCA rất quan trọng trong việc quản lý và theo dõi bệnh nhân sau khi cấy ICD. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng các yếu tố như ngất và rung thất được kích thích theo chương trình khi thăm dò điện sinh lý[7] cũng đóng vai trò quan trọng trong việc dự đoán nguy cơ rối loạn nhịp thất nguy hiểm.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh tầm quan trọng của ICD trong việc phòng ngừa đột tử do tim ở bệnh nhân mắc hội chứng Brugada, đặc biệt ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao như OHCA. Tỷ lệ biến chứng thấp và hiệu quả điều trị cao tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy sự an toàn và hiệu quả của thủ thuật này. Tuy nhiên, cần có sự theo dõi và điều chỉnh cài đặt ICD một cách cá nhân hóa để tối ưu hóa kết quả điều trị và giảm thiểu các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zeppenfeld K, Tfelt-Hansen J, de Riva M, et al.** 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Eur Heart J. Oct 21 2022;43(40):3997-4126. doi:10.1093/ eurheartj/ehac262
2. **Priori SG, Wilde AA, Horie M, et al.** HRS/EHRA/APHRS expert consensus statement on the diagnosis and management of patients with inherited primary arrhythmia syndromes: document endorsed by HRS, EHRA, and APHRS in May 2013 and by ACCF, AHA, PACES, and AEPC in June 2013. Heart Rhythm. Dec 2013;10(12): 1932-63. doi:10.1016/j.hrthm.2013.05.014
3. **Lee S, Li KHC, Zhou J, et al.** Outcomes in Brugada Syndrome Patients With Implantable Cardioverter-Defibrillators: Insights From the SGLT2 Registry. Front Physiol. 2020;11:204. doi:10.3389/fphys.2020.00204
4. **Conte G, Sieira J, Ciconte G, et al.** Implantable cardioverter-defibrillator therapy in Brugada syndrome: a 20-year single-center experience. J Am Coll Cardiol. Mar 10 2015;65(9): 879-88. doi:10.1016/j.jacc.2014.12.031
5. **Bonny A, Talle MA, Vaugrenard T, Taieb J, Ngantcha M.** Inappropriate implantable cardioverter-defibrillator shocks in Brugada syndrome: Pattern in primary and secondary prevention. Indian Pacing Electrophysiol J. Jan-Feb 2017;17(1): 10-15. doi:10.1016/ j.ipej.2016.10.010
6. **Delise P, Allocca G, Marras E, et al.** Risk stratification in individuals with the Brugada type 1 ECG pattern without previous cardiac arrest: usefulness of a combined clinical and electrophysiologic approach. Eur Heart J. Jan 2011; 32(2): 169-76. doi:10.1093/eurheartj/ ehq381
7. **Sieira J, Conte G, Ciconte G, et al.** A score model to predict risk of events in patients with Brugada Syndrome. Eur Heart J. Jun 7 2017;38(22): 1756-1763. doi:10.1093/eurheartj/ ehx119

ÁP DỤNG THANG ĐIỂM NEWS TRONG CẢNH BÁO SỚM BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT

Vũ Xuân Thắng[1], Ngô Thị Thúy[1], Nguyễn Minh Hiếu[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thang điểm NEWS, so sánh với thang điểm qSOFA và SIRS về dự đoán các hậu quả liên quan đến nhiễm khuẩn huyết tại khu vực phân loại cấp cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả**: Điểm NEWS, qSOFA và SIRS cao hơn ở nhóm bệnh nhân cần sử dụng thuốc vận mạch, thở máy và vào điều trị tại ICU (p<0,05); Thang điểm NEWS có giá trị tốt hơn thang điểm qSOFA và SIRS trong tiên lượng bệnh nhân phải sử dụng thuốc vận mạch (AUC = 0,854), tiên lượng bệnh nhân thở máy (AUC = 0,862); tiên lượng bệnh nhân nhập ICU với AUC = 0,864 và tiên lượng bệnh nhân tử vong với AUC = 0,821. **Kết luận**: Thang điểm NEWS có giá trị tốt hơn thang điểm qSOFA và SIRS trong tiên lượng bệnh nhân phải sử dụng thuốc vận mạch, phải thở máy, bệnh nhân nhập ICU và tiên lượng bệnh nhân tử vong.

Từ khóa: thang điểm NEWS, nhiễm khuẩn huyết

[1]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Xuân Thắng
Email: vuxuanthang020979@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025
Ngày duyệt bài: 13.3.2025

SUMMARY

APPLICATION OF THE NEWS SCORE IN EARLY WARNING OF SEPSIS PATIENTS

Objective: To evaluate the NEWS score,