

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã xác định tỷ lệ sâu răng đáng kể trong nhóm sinh viên năm nhất tại Trường Đại học Trà Vinh, với tỷ lệ tổng thể là 68,1%. Sinh viên được điều trị sâu răng chiếm 64,4%, nổi bật với nhu cầu trám răng, tiếp theo là nhổ răng và điều trị tủy. Mức phổ biến sâu răng trong răng cối lớn thứ nhất đạt 55,7%, nổi bật là sự phổ biến ở hàm dưới hơn hàm trên (45,4% so với 35,6%), và tỷ lệ ở nữ giới cao hơn nam giới. Chỉ số DMFT trung bình 3,93 cho thấy mức độ sâu răng ở mức trung bình theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), cho thấy một thách thức trong việc bảo vệ sức khỏe răng miệng.

Sự chênh lệch giữa các giới về chỉ số DMFT, đặc biệt là các chỉ số thành phần như số lượng răng sâu, nhấn mạnh vai trò của yếu tố sinh học và xã hội trong việc phát triển bệnh lý sâu răng. Điều này cũng cho thấy sự cần thiết của các chiến dịch phòng ngừa và can thiệp sớm, đặc biệt là hướng tới cải thiện khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc nha khoa tại Việt Nam.

Nhìn chung, nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tăng cường nhận thức và tiếp cận dịch vụ chăm sóc răng miệng trong nhóm sinh viên đại học. Đây là vấn đề cấp thiết để cải thiện chất lượng cuộc sống và kết quả học tập của các em, đồng thời hỗ trợ phát triển các

chính sách nha khoa dự phòng hiệu quả hơn trong tương lai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2013) Oral health surveys, 5th Edition.
2. **Hồng Thúy Hạnh và các cộng sự** (2021), "Thực trạng sâu răng của sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Hà Nội năm học 2020-2021", Tạp chí Y học Việt Nam, 2021; 509(2):124-127.
3. **Ali Almousawi và Basheer Akeel Alali** (2017), "The Prevalence of Dental Caries among students of Dentistry Colleges in Holy Karbala Governorate/Iraq in 2017", Journal of Contemporary Medical Sciences.
4. **Trần Thị Ngọc Anh, Đặng Nhật Yến** (2024), "Thực trạng sâu răng của sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội năm học 2023-2024", Tạp chí Y học Việt Nam, 2024; 539(1):252-255.
5. **Võ Trương Như Ngọc, Nguyễn Kiều Ngân** (2013), "Thực trạng sâu răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất của học sinh 7-9 tuổi tại trường tiểu học Hermann Gmerner - Cầu Giấy - Hà Nội 2012", Tạp chí Y học Thực hành, 2013; 876:59-6.
6. **Sergei N Drachev, Tormod Brenn và Tordis A Trovik** (2017), "Dental caries experience and determinants in young adults of the Northern State Medical University, Arkhangelsk, North-West Russia: a cross-sectional study", BMC Oral Health.
7. **Phạm Thị Mai Thanh và các cộng sự** (2024), "Tình trạng và nhu cầu điều trị răng miệng của bệnh nhân tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2024, 174(1):234-241.

## NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI RỐI LOẠN NHỊP CHẠM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA

Trịnh Văn Nhị<sup>1</sup>, Tạ Mạnh Long<sup>1</sup>, Tạ Mạnh Lâm<sup>2</sup>,  
Trần Song Giang<sup>1</sup>, Tạ Mạnh Cường<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hình thái, đặc điểm lâm sàng rối loạn nhịp chậm ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp được can thiệp động mạch vành qua da và sự liên quan giữa biến chứng rối loạn nhịp chậm với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Phương pháp:** Nghiên cứu

mô tả cắt ngang. Đối tượng là bệnh nhân NMCT cấp, tần số tim chậm dưới 60 lần/phút, được can thiệp động mạch vành qua da. Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến hình thái, đặc điểm rối loạn nhịp chậm của bệnh nhân. **Kết quả:** 51 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình  $67,2 \pm 12,9$ ; 76,5% nam giới; nhịp chậm xoang chiếm 54,9%; block nhĩ thất (BAV) cấp III 25,5%; BAV cấp I 11,7%; Tần số tim trung bình  $50,8 \pm 4,7$  lần/phút; 78,4% nhập viện trong 24h đầu. NMCT cấp ST chênh chiếm 82,4 %, trong đó 90,5% chênh lên ở vùng thành dưới. So với bệnh nhân nhịp chậm xoang, bệnh nhân BAV cao tuổi hơn ( $72,8 \pm 10,7$  và  $63,5 \pm 13,7$ ;  $p < 0,05$ ), huyết áp tâm thu thấp hơn ( $107,4 \pm 15,6$  và  $118,4 \pm 19,7$ ;  $p < 0,05$ ) và phải can thiệp hút huyết khối nhiều hơn (52,6% và 17,9%;  $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Rối loạn nhịp chậm ở bệnh nhân NMCT cấp thường gặp trong 24 giờ đầu, phổ biến là

<sup>1</sup>Viện Tim mạch Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trung tâm đánh giá tương đương sinh học Viện Kiểm nghiệm thuốc Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Văn Nhị

Email: mrsecond184@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025

nhịp chậm xoang, thường là do tắc nghẽn động mạch vành phải. Nhịp chậm do BAV thường gặp ở người cao tuổi hơn, mức độ tổn thương cơ tim và suy tim cũng nặng hơn so với bệnh nhân nhịp chậm xoang.

**Từ khóa:** rối loạn nhịp chậm, nhồi máu cơ tim cấp

## SUMMARY

### STUDY ON THE MORPHOLOGY OF BRADYCARDIA AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

**Objectives:** To evaluate the morphology and clinical characteristics of bradyarrhythmias in patients with acute myocardial infarction (AMI) undergoing percutaneous coronary intervention (PCI), and to examine the association between bradyarrhythmias and certain clinical and paraclinical factors.

**Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on patients diagnosed with AMI who presented with a heart rate below 60 bpm and underwent PCI. Clinical characteristics, paraclinical findings, and related factors were assessed. **Results:** Among 51 patients (mean age:  $67.2 \pm 12.9$  years; 76.5% male), sinus bradycardia accounted for 54.9%, complete AV block (third-degree AVB) 25.5%, and first-degree AVB 11.8%. Mean heart rate was  $50.7 \pm 4.67$  bpm. 78.4% were admitted within the first 24 hours. Compared to sinus bradycardia, patients with AV block were older ( $72.8 \pm 10.7$  vs.  $63.5 \pm 13.7$  years;  $p < 0.05$ ), had lower systolic blood pressure ( $107.4 \pm 15.6$  vs.  $118.4 \pm 19.7$  mmHg;  $p < 0.05$ ), and underwent more frequent thrombus aspiration (52.6% vs. 17.9%;  $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Bradyarrhythmias in AMI patients undergoing PCI frequently occur within the first 24 hours, with sinus bradycardia being the most common form due to RCA occlusion. Bradycardia due to atrioventricular block is more common in the elderly, and the degree of myocardial damage and heart failure is also more severe than in patients with sinus bradycardia.

**Keywords:** bradyarrhythmia, acute myocardial infarction

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là một trong những bệnh lý phổ biến nhất trong cấp cứu tim mạch. Rối loạn nhịp tim là biến chứng thường gặp ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp. Trong khi rối loạn nhịp nhanh (thường là nhanh thất, rung thất) là một trong những nguyên nhân trực tiếp hàng đầu dẫn đến tử vong ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp, thì rối loạn nhịp chậm cũng là một trong những yếu tố tiên lượng nặng với người bệnh. Điều trị rối loạn nhịp chậm khá khó khăn do các phương pháp điều trị không nhiều và đôi khi không mang lại kết quả mong muốn. Một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân NMCT cấp có rối loạn nhịp chậm nguy hiểm, làm suy sụp huyết động, sốc tim, thậm chí tử vong nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời [1].

Nghiên cứu về rối loạn nhịp chậm ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp là rất cần thiết trong thực hành lâm sàng cấp cứu tim mạch. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu mang tính hệ thống, tuy nhiên ở nước ta, những công trình như thế không nhiều. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu về hình thái, đặc điểm lâm sàng và những yếu tố ảnh hưởng đến biến chứng nhịp chậm ở người NMCT cấp, được can thiệp động mạch vành qua da, nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá hình thái, đặc điểm lâm sàng rối loạn nhịp chậm ở bệnh nhân NMCT cấp được can thiệp động mạch vành qua da.

2. Nghiên cứu sự liên quan giữa rối loạn nhịp chậm với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh nhân nói trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân NMCT cấp nhập viện tại Viện Tim mạch Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 01/05/2024 đến 30/04/2025, có tần số tim chậm dưới 60 lần/phút và có những triệu chứng đi kèm cần phải xử trí cấp cứu.

Chúng tôi không đưa vào nghiên cứu những bệnh nhân NMCT cấp, có nhịp chậm và/hoặc ngừng tuần hoàn nhưng chưa được can thiệp hoặc không can thiệp được động mạch vành qua da.

Chúng tôi cũng không đưa vào nghiên cứu những bệnh nhân NMCT cấp ngừng tuần hoàn ngoại viện (tần số tim = 0), có thể được cấp cứu ngừng tuần hoàn thành công hoặc không thành công.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu tiến hành theo phương pháp tiền cứu, mô tả cắt ngang.

**2.2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán áp dụng trong nghiên cứu:** - Chẩn đoán NMCT cấp theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch châu Âu (ESC) năm 2023, gồm NMCT cấp ST chênh lên và NMCT cấp ST không chênh lên [2].

- Chẩn đoán rối loạn nhịp chậm theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA) 2018 [3].

### 2.2.2. Thu thập và xử lý dữ liệu

Các biến số nghiên cứu chính

a. Phục vụ mục tiêu 1:

• Lâm sàng:

- Triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng: đau ngực, khó thở, ngất,... nhịp tim, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương...

• Cận lâm sàng:

- Điện tâm đồ: Nhịp, tần số, khoảng PR, phức bộ QRS, mức độ ST chênh, thời khoảng QT...

- Các dấu ấn sinh học tim: Troponin T hs, NT-ProBNP.

- Siêu âm tim: Phân số tổng máu thất trái EF, áp lực động mạch phổi, rối loạn vận động các vùng cơ tim.

- Tổn thương động mạch vành trên chụp mạch động mạch vành qua da: tổn thương động mạch vành thủ phạm, tổn thương các nhánh động mạch vành phối hợp.

- Kết quả can thiệp mạch động mạch vành qua da: điểm TIMI sau can thiệp mạch, các biến cố, biến chứng kỹ thuật.

*b. Phục vụ mục tiêu 2:* Mỗi liên quan với nhịp chậm ở các mức độ với:

- Lâm sàng: Tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, thời gian NMCT từ lúc có triệu chứng đến khi nhập viện, tần số tim, huyết áp...

- Cận lâm sàng: Các dấu ấn sinh học, tổn thương định khu trên điện tâm đồ, chức năng tâm thu thất trái...

**2.2.3. Xử lý số liệu:** Xử lý số liệu thống kê bằng phần mềm Stata 18.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

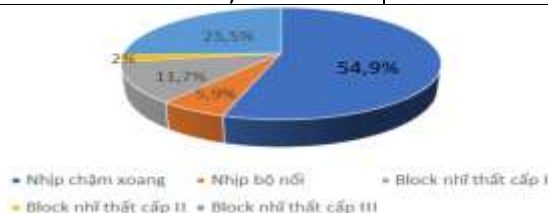
Trong khoảng thời gian từ tháng 5/2024 đến tháng 4/2025, chúng tôi đã lựa chọn đưa vào nghiên cứu 51 bệnh nhân NMCT cấp có tần số tim dưới 60 lần/phút, được xử trí và can thiệp

động mạch vành qua da. Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $67,2 \pm 12,9$  tuổi (trẻ nhất 32 tuổi và cao tuổi nhất là 91 tuổi), trong đó có 39 nam (76,5%) và 12 nữ (chiếm 23,5%). Tăng huyết áp là bệnh lý kèm theo thường gặp nhất (gặp ở 54,9%), tiếp theo là tiền sử hút thuốc lá 49%, đái tháo đường 19,6%, 5% bệnh nhân đã có tiền sử can thiệp động mạch vành qua da, đặt stent từ trước. Không có bệnh nhân có tiền sử rối loạn nhịp chậm. Tần số tim trung bình của bệnh nhân khi nhập viện là  $50,75 \pm 4,67$  (chậm nhất 37 lần/phút, nhanh nhất 58 lần/phút).

Bảng 1, 2 trình bày các hình thái nhịp chậm và một số đặc điểm lâm sàng của 51 bệnh nhân trong nghiên cứu. Theo đó, bệnh nhân nhịp chậm chủ yếu là nhịp chậm xoang (28 bệnh nhân, chiếm 54,9%), số còn lại là block nhĩ thất (BAV) ở các cấp độ khác nhau, chủ yếu là BAV cấp III (25,5%), chỉ có 1 bệnh nhân bị BAV cấp II (biểu đồ dưới). Triệu chứng ngất trong nghiên cứu chúng tôi chỉ gặp 3 bệnh nhân. Tương tự như thế, suy tim cấp chỉ gặp ở 5 bệnh nhân và sốc tim xảy ra ở 3 bệnh nhân. Phân số tổng máu EF trên siêu âm thấp gặp ở 38 bệnh nhân, chiếm 74,5% bệnh nhân nghiên cứu.

**Bảng 1. Hình thái lâm sàng rối loạn nhịp chậm của bệnh nhân trong nghiên cứu**

| Thông số                         | Nhịp chậm xoang (n=28) | Nhịp bộ nổi (n=3) | BAV I (n=6)    | BAVII (n=1) | BAV III (n=13)  |
|----------------------------------|------------------------|-------------------|----------------|-------------|-----------------|
| Tuổi (năm, độ lệch)              | $63.5 \pm 13.7$        | $67.7 \pm 9.1$    | $73.5 \pm 8.1$ | $65 \pm 0$  | $72.5 \pm 11.9$ |
| Nam n, %                         | 22 (78,6)              | 3 (100)           | 5 (83,3)       | 1 (100)     | 8 (61,5)        |
| Nữ n, %                          | 6 (21,4)               | 0                 | 1 (17,7)       | 0           | 5 (38,5)        |
| Thời gian xuất hiện triệu chứng: |                        |                   |                |             |                 |
| - <24h n, %                      | 17 (60,7)              | 3 (100)           | 5 (83,3)       | 0           | 8 (61,5)        |
| - 24-48 h n, %                   | 9 (32,2)               | 0                 | 1 (16,7)       | 1 (100)     | 4 (30,8)        |
| - > 48h n, %                     | 2 (7,1)                | 0                 | 0              | 0           | 1 (7,7)         |
| Triệu chứng khi vào viện:        |                        |                   |                |             |                 |
| - Đau ngực n, %                  | 27 (96,4)              | 3 (100)           | 6 (100)        | 1 (100)     | 12 (92,3)       |
| - Khó thở n, %                   | 5 (17,9)               | 2 (66,7)          | 4 (66,7)       | 1 (100)     | 10 (76,9)       |
| - Ngất n, %                      | 0                      | 1 (33,3)          | 0              | 0           | 2 (15,4)        |
| Tình trạng lâm sàng:             |                        |                   |                |             |                 |
| - Tần số tim:                    |                        |                   |                |             |                 |
| * 50-59 lần/phút n, %            | 23 (82,1)              | 1 (33,3)          | 5 (83,3)       | 0           | 6 (46,2)        |
| * 40-49 lần/phút n, %            | 5 (17,9)               | 2 (66,7)          | 1 (16,7)       | 1 (100)     | 6 (46,2)        |
| * <40 lần/phút                   | 0                      | 0                 | 0              | 0           | 1 (7,6)         |
| - Huyết động ổn định n, %        | 27 (96,4)              | 1 (33,3)          | 6 (100)        | 1 (100)     | 11 (84,6)       |
| - Suy tim cấp n, %               | 1 (3,6)                | 2 (66,7)          | 0              | 0           | 2 (15,4)        |
| - Sốc tim n, %                   | 0                      | 1 (33,3)          | 0              | 0           | 2 (15,4)        |



**Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo các**

**hình thái nhịp chậm trên điện tâm đồ**

**Bảng 2. Đặc điểm điện tâm đồ và một số dấu ấn sinh học của bệnh nhân khi nhập viện**

| Thông số              | Trung bình      | Min | Max |
|-----------------------|-----------------|-----|-----|
| Tần số tim (lần/phút) | $50,8 \pm 4,7$  | 37  | 58  |
| Mức độ chênh của      | $2,02 \pm 0,77$ | 0,5 | 4   |

|                           |                  |        |       |
|---------------------------|------------------|--------|-------|
| ST (mV)                   |                  |        |       |
| Thời gian QRS (ms)        | 100,69 ± 15,22   | 78     | 144   |
| QRS của nhóm BAV III (ms) | 100,61 ± 15,99   | 78     | 138   |
| QTc (ms)                  | 425,50 ± 32,40   | 390    | 549   |
| Troponin Ths (mol/L)      | 1925,62 ± 273,15 | 100,45 | 10000 |
| NT- Pro BNP (mol/L)       | 1221,29 ± 234,4  | 21     | 9578  |

Nhịp chậm xảy ra ở 42 bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên (82,35%) và 9 bệnh nhân NMCT cấp ST không chênh lên, chủ yếu ở vùng sau dưới (38 bệnh nhân, chiếm 90,48%). Ngay cả ở những bệnh nhân nhịp chậm xoang, vùng cơ tim bị nhồi máu vẫn là vùng sau dưới trên điện tâm đồ (17 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 81%). Kết quả được trình bày theo bảng 3.

**Bảng 3. Chẩn đoán thể bệnh và chẩn đoán định khu dựa trên hình ảnh điện tâm đồ**

| Hình ảnh điện tâm đồ                          | Tần suất       | Tỷ lệ %  |
|-----------------------------------------------|----------------|----------|
| ST chênh lên                                  | Có             | 42 82,35 |
|                                               | Không          | 9 17,65  |
| Vùng ST chênh lên                             | DII, DIII, aVF | 38 90,48 |
|                                               | V1-V6          | 2 4,76   |
|                                               | V1-V4          | 2 4,76   |
| Vùng ST chênh lên ở bệnh nhân nhịp chậm xoang | DII, DIII, aVF | 17 80,95 |
|                                               | V1-V6          | 2 9,52   |
|                                               | V1-V4          | 2 9,52   |

Rối loạn điện giải hạ kali máu chỉ gặp ở 2 bệnh nhân (3,9%), kali máu tăng > 5 mmol gặp ở số lượng bệnh nhân tương tự. Dấu hiệu thiếu máu gặp ở 9 bệnh nhân (17,6%). Kết quả trình bày theo bảng 4.

**Bảng 4. Một số thông số huyết học và sinh hóa**

| Thông số cận lâm sàng | Tần suất                 | Tỷ lệ %  |
|-----------------------|--------------------------|----------|
| Xét nghiệm huyết học  | Thiếu máu (Hb<120 g/L)   | 9 17,60  |
|                       | Bạch cầu tăng            | 38 74,51 |
|                       | Tăng/giảm tiểu cầu       | 0 0      |
| Kali máu              | Hạ kali máu < 3mmol/L    | 2 3,92   |
|                       | Tăng kali máu > 5 mmol/L | 2 3,92   |
| Natri máu             | Tăng Natri máu           | 0 0      |
|                       | Hạ Natri máu             | 2 3,92   |

Tiến hành xem xét những bệnh nhân bị NMCT cấp có nhịp chậm xoang và những bệnh nhân NMCT cấp bị BAV ở các mức độ khác nhau trong nghiên cứu, kết quả cho thấy, những bệnh nhân nhịp chậm do BAV có tuổi đời cao hơn (72,8 ± 10,7 và 63,5 ± 13,7; p < 0,05), huyết áp tâm thu thấp hơn (107,4 ± 15,6 và 118,4 ± 19,7; p<0,05). Bệnh nhân cũng phải can thiệp hút huyết khối nhiều hơn những bệnh nhân nhịp

chậm xoang một cách có ý nghĩa. Bên cạnh đó, ở những bệnh nhân NMCT cấp có nhịp chậm do BAV có nồng độ các dấu ấn sinh học (troponin và NT-proBNP) trong huyết thanh cao hơn, tần suất bị suy tim cấp và sốc tim có xu hướng cao hơn nhưng sự khác biệt này là chưa có ý nghĩa thống kê (bảng 5).

**Bảng 5. So sánh một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa những bệnh nhân nhịp chậm xoang và bệnh nhân block nhĩ thất trong nghiên cứu**

| Thông số                           | Nhịp chậm xoang (n=28) | Block nhĩ thất (n=19) | p value |
|------------------------------------|------------------------|-----------------------|---------|
| Tuổi (năm)                         | 63,5 ± 13,7            | 72,8 ± 10,7           | 0,01    |
| Nam giới n, %                      | 22 (78,6)              | 13 (68,4)             | 0,51    |
| Thời gian khởi phát (giờ)          | 23,1 ± 22,7            | 17,5 ± 17,3 (giờ)     | 0,34    |
| Tần số tim (lần/phút)              | 51,9 ± 4,0             | 50,1 ± 5,0            | 0,20    |
| Huyết áp tâm thu (mmHg)            | 118,4 ± 19,7           | 107,4 ± 15,6          | 0,04    |
| ST chênh (n, %)                    | 21 (75,0)              | 17 (89,5)             | 0,28    |
| Mức độ ST chênh (mm)               | 1,7 ± 0,7              | 2,5 ± 0,7             | 0,002   |
| Giảm vận động vùng (n, %)          | 16 (57,1)              | 18 (94,7)             | 0,01    |
| Phân suất tổng máu thất trái (EF%) | 54,0 ± 9,3             | 52,0 ± 6,1            | 0,38    |
| Troponin T (ng/L)                  | 1485,0 ± 2174,7        | 2656,6 ± 3482,5       | 0,20    |
| NT ProBNP (pg/mL)                  | 686,0 ± 1324,2         | 1993,2 ± 3398,0       | 0,16    |
| Suy tim cấp n, %                   | 0 (0)                  | 2 (10,5)              | 0,16    |
| Sốc n, %                           | 1 (3,6)                | 2 (10,5)              | 0,56    |
| Tổn thương nhiều nhánh ĐMV n, %    | 17 (60,7)              | 10 (52,6%)            | 0,76    |
| Hút huyết khối n, %                | 5 (17,9)               | 10 (52,6)             | 0,02    |

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Hình thái, đặc điểm lâm sàng rối loạn nhịp chậm ở bệnh nhân NMCT cấp.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, phần lớn bệnh nhân NMCT cấp có rối loạn nhịp chậm là những bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên trên điện tâm đồ. Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 67,2 tuổi. Đa số bệnh nhân nhập viện trong 24 h kể từ khi khởi phát triệu chứng. Tần số tim trung bình của bệnh nhân khi nhập viện là 50,8 ± 4,7 lần/phút (chậm nhất 37 lần/phút, nhanh nhất 58 lần/phút), trong đó chủ yếu là nhịp chậm xoang. Trong số những bệnh nhân nhịp chậm do block dẫn truyền, block nhĩ thất cấp III chiếm tỷ lệ cao nhất (25,5%). Kết quả này tương tự với nhiều

ngiên cứu trên thế giới và phù hợp với cơ chế bệnh sinh [4; 5].

Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân thường là đau ngực. Nghiên cứu của chúng tôi với số lượng bệnh nhân không nhiều cũng ghi nhận tỉ lệ 5,9% bệnh nhân có dấu hiệu ngất và tần số tim dưới 40 chu kì/phút trong nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy đa số bệnh nhân NMCT cấp khi nhịp chậm thường có tần số tim ít khi dưới 40 lần/phút và thường không có triệu chứng của nhịp chậm hoặc triệu chứng nhẹ và kín đáo [1].

Về thời gian khởi phát triệu chứng, trong nghiên cứu có 78,4% có triệu chứng trong 24 giờ. Về tình trạng lâm sàng nặng (suy tim cấp, sốc tim): nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 5 bệnh nhân (chiếm 9,8%) suy tim cấp và 3 bệnh nhân (5,9%) có tình trạng sốc tim tại thời điểm nhập viện có nhịp chậm. Như vậy khoảng 15,7% bệnh nhân thuộc Killip III–IV khi nhập viện. Trong 51 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sốc tim thấp hơn (5,9%) có thể do phần lớn chỉ bị nhịp chậm xoang hoặc block nhĩ thất không hoàn toàn – những rối loạn nhịp chậm mức độ nhẹ hơn và ít gây suy sụp huyết động nghiêm trọng.

**4.2. Sự liên quan giữa biến chứng rối loạn nhịp chậm với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng.** So sánh 2 nhóm bệnh nhân NMCT cấp nhịp chậm xoang và nhịp chậm do block đường dẫn truyền thì ở nhóm nhịp chậm do block đường dẫn truyền, tình trạng lâm sàng có xu hướng nặng hơn, bệnh nhân nhiều tuổi hơn, huyết áp thấp hơn, và tổn thương cơ tim và mức độ suy tim cũng nhiều hơn. Điều này cũng phù hợp với những công bố gần đây của một số tác giả. Ngoài ra bệnh nhân thường cao tuổi và có nhiều bệnh lý nền. Đây chính là những yếu tố làm nặng hơn tiên lượng người bệnh. Bên cạnh đó những bệnh nhân block nhĩ thất có huyết áp tâm thu thấp và tỷ lệ sốc tim cao hơn. Một số tác giả cũng cho biết bệnh nhân có block dẫn truyền do NMCT cấp có tỷ lệ sốc tim (19% với 11%) và block nhĩ thất/tử vong (30% với 19%) cao hơn so với nhóm không bị block dẫn truyền có ý nghĩa thống kê [6; 7].

Rối loạn nhịp chậm trong NMCT cấp xảy ra nhiều hơn ở những bệnh nhân NMCT có ST chênh lên. Tuy nhiên NMCT cấp ST không chênh lên cũng có thể có biến chứng nhịp chậm. Tổn thương mạch vành thường gặp là tổn thương động mạch vành phải hoặc động mạch mũ là những nhánh mạch cấp máu trực tiếp cho nút xoang và hệ thống dẫn truyền nhĩ thất.

## V. KẾT LUẬN

1. Rối loạn nhịp chậm do NMCT cấp gặp nhiều ở độ tuổi trên 60, chủ yếu (54,9%) là nhịp chậm xoang. Số còn lại là BAV từ độ I đến độ III, trong đó nhiều nhất là BAV III (25%). Triệu chứng nổi bật là đau ngực. Bệnh nhân vào viện có huyết động tương đối ổn định, ít gặp bệnh nhân bị suy tim cấp và/hoặc sốc tim.

2. Rối loạn nhịp chậm do NMCT cấp xảy ra cả ở bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên và NMCT cấp không ST chênh lên, tuy nhiên xảy ra nhiều hơn ở những bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên. Các dấu hiệu trực tiếp của NMCT cấp trên điện tâm đồ gặp nhiều hơn ở vùng sau dưới. Tổn thương thường là động mạch vành phải. Nhịp chậm do block dẫn truyền tuổi thường cao hơn, huyết động mất ổn định hơn và nồng độ huyết tương của các dấu ấn sinh học troponin T hs, NT-ProBNP có xu hướng cao hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aguiar Rosa S., Timóteo A.T., Ferreira L. et al.** (2018). Complete atrioventricular block in acute coronary syndrome: prevalence, characterisation and implication on outcome. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*, 7(3), 218–223.
2. **Byrne R.A., Rossello X., Coughlan Jj. et al.** (2024). 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes: developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*, 13(1), 55–161.
3. **Kusumoto F.M., Schoenfeld M.H., Barrett C. et al.** (2019). 2018 ACC/AHA/HRS guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol*, 74(7), e51–e156.
4. **Raffa S., Ayad S.W., Sanhoury M.** (2022). Study of Bradyarrhythmias in Acute Myocardial Infarction. *Egypt J Crit Care Med*, 9(2), 51–56.
5. **Velásquez-Rodríguez J., Vicent L., Díez-Delhoyo F. et al.** (2023). Prognostic Implications of High-Degree Atrio-Ventricular Block in Patients with Acute Myocardial Infarction in the Contemporary Era. *J Clin Med*, 12(14), 4834.
6. **Gang U.J., Hvelplund A., Pedersen S. et al.** (2012). High-degree atrioventricular block complicating ST-segment elevation myocardial infarction in the era of primary percutaneous coronary intervention. *Europace*, 14(11), 1639–45.
7. **Kosmidou I., Redfors B., Dordi R. et al.** (2017). Incidence, predictors, and outcomes of high-grade atrioventricular block in patients with ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention (from the HORIZONS-AMI Trial). *Am J Cardiol*, 119(9), 1295–1301.

# CẢI THIỆN KHẢ NĂNG VẬN ĐỘNG BẰNG CAN THIỆP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG Ở NGƯỜI KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG TẠI NGHỆ AN

Nguyễn Thị Mai Tho<sup>1</sup>, Nguyễn Cảnh Phú<sup>1</sup>,  
Vũ Sinh Nam<sup>2</sup>, Lê Giang Nam<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá cải thiện khả năng vận động bằng can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở người khuyết tật vận động tại Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 285 NKT vận động từ 18 tuổi trở lên, mức độ khuyết tật nhẹ và nặng tại ba xã/phường Châu Bình, Diễn Ngọc, Hưng Hòa của Nghệ An từ tháng 6/2023 đến tháng 12/2024. Thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng, không nhóm chứng, đánh giá sự thay đổi khả năng vận động qua ba thời điểm: trước, sau 6 tháng và 12 tháng can thiệp. **Kết quả:** Khả năng độc lập trong các hoạt động vận động như ngồi, đứng, di chuyển trong nhà và ngoài nhà tăng rõ rệt sau can thiệp ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ NKT cần trợ giúp và phụ thuộc giảm đáng kể. Mức độ đau giảm, nhưng dáng đi không thay đổi sau 12 tháng. **Kết luận:** Can thiệp PHCNDVCĐ có hiệu quả trong cải thiện khả năng vận động của NKT vận động. Mô hình này cần được duy trì và mở rộng để nâng cao chất lượng sống cho NKT.

**Từ khóa:** Phục hồi chức năng, phục hồi chức năng vận động, người khuyết tật vận động, cải thiện khả năng vận động.

## SUMMARY

### EFFECTIVENESS OF COMMUNITY-BASED REHABILITATION FOR PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES IN NGHE AN

**Research Objective:** To evaluate the improvement of mobility through community-based rehabilitation (CBR) interventions for individuals with physical disabilities in Nghe An. **Study Subjects and Methods:** The study involved 285 individuals with physical disabilities aged 18 years and older, with mild and severe disabilities, from three communes/wards: Chau Binh, Dien Ngoc, and Hung Hoa in Nghe An, from June 2023 to December 2024. This community-based intervention study used a pre-post design without a control group, assessing changes in mobility at three time points: before, 6 months after, and 12 months after the intervention. **Results:** There was a significant improvement in the independence of mobility activities such as sitting, standing, and moving both indoors and outdoors after the intervention ( $p < 0.001$ ). The proportion of individuals

requiring assistance and dependence decreased significantly. Pain levels decreased, but gait did not change after 12 months. **Conclusion:** Community-based rehabilitation interventions have proven effective in improving the mobility of individuals with physical disabilities. This model should be maintained and expanded to enhance the quality of life for individuals with disabilities. **Keywords:** Rehabilitation, physical rehabilitation, individuals with physical disabilities, mobility improvement.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người khuyết tật (NKT) người do khiếm khuyết hoặc các điều kiện/tình trạng sức khỏe mà bị giảm chức năng hoạt động và/hoặc hạn chế sự tham gia trong các lĩnh vực sinh hoạt, lao động, học tập, đời sống xã hội. Năm 2023, ước tính thế giới có 1,3 tỷ người chiếm khoảng 16% dân số mắc khuyết tật và con số tiếp tục gia tăng do già hóa dân số và tác động của bệnh mạn tính [1]. NKT không được phục hồi chức năng kịp thời sẽ tác động xấu tới tình trạng sức khỏe và các chức năng sinh hoạt cần thiết trong đời sống hàng ngày, khả năng tham gia các hoạt động xã hội của chính cá nhân NKT, đồng thời tác động tới gia đình và xã hội. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (PHCNDVCĐ) theo tiếp cận đa ngành bao gồm: y học, giáo dục và kỹ thuật phục hồi... làm giảm tác động, đảm bảo cho NKT có cơ hội bình đẳng để hòa nhập hoặc tái hòa nhập xã hội [2]. Năm 2023, tỉnh Nghệ An có tỷ lệ NKT là 6,01%, trong đó dạng khuyết tật vận động chiếm tỷ lệ cao nhất [3]. Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá cải thiện khả năng vận động bằng can thiệp phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ở người khuyết tật vận động tại Nghệ An.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Người khuyết tật vận động có tình trạng giảm hoặc mất khả năng cử động chân, tay, cổ, thân mình dẫn đến hạn chế trong vận động, di chuyển.

**Tiêu chuẩn chọn:** Người khuyết tật vận động ở mức độ nhẹ hoặc mức độ nặng, từ 18 tuổi trở lên. Người khuyết tật và/hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Người khuyết tật: không kiểm soát được hành vi, có những hành vi

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Vinh

<sup>2</sup>Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

<sup>3</sup>Bệnh viện Phục hồi Chức năng Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Tho

Email: maitho@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2025

Ngày duyệt bài: 3.7.2025