

máu, giúp tối ưu hóa kết quả lâm sàng cho bệnh nhân chữa vết mổ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguồn cấp máu của của thai tại vị trí sẹo mổ cũ (Cesarean scar pregnancy, chữa vết mổ) ngoài động mạch tử cung còn có các nhánh bàng hệ khác, hay gặp nhất là động mạch bàng quang trên. Đặc điểm này giúp các bác sĩ can thiệp điện quang cẩn trọng hơn khi thực hiện kỹ thuật thuyên tắc động mạch điều trị khối chứa vết mổ. Việc phân độ cấp máu chứa vết mổ trên chụp mạch số hoá xoả nền (DSA) không chỉ có giá trị về chẩn đoán mà còn giúp dự đoán nguy cơ chảy máu khi đình chỉ thai bằng nạo hút thai, nhất là ở các bệnh nhân có phân độ cấp máu độ III. Cần có sự phối hợp đa chuyên khoa (chẩn đoán hình ảnh và sản khoa) để lập kế hoạch điều trị hiệu quả, giúp giảm thiểu các nguy cơ biến chứng xảy ra ở các bệnh nhân chữa vết mổ.

VI. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có một số hạn chế. Kích thước mẫu nhỏ (n=52) giới hạn khả năng phát hiện đầy đủ các đặc điểm phân loại mạch máu khối chứa vết mổ trên DSA, các nhánh bàng hệ. Dữ liệu chỉ từ một trung tâm, có thể không đại diện cho các quần thể khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Bích Hoa.** Nghiên cứu chữa sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 giai đoạn 2011-2012 và 2015-2016. Published online 2017.
2. **Birch Petersen K, Hoffmann E, Riffbjerg Larsen C, Nielsen HS.** Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertility and Sterility*. 2016;105(4):958-967. doi:10.1016/j.fertnstert.2015.12.130
3. **Marchand GJ, Masoud AT, Coriell C, et al.** Treatment of Cesarean Scar Ectopic Pregnancy in China with Uterine Artery Embolization-A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2022;11(24):7393. doi:10.3390/jcm11247393
4. **Rotas MA, Haberman S, Levkur M.** Cesarean Scar Ectopic Pregnancies: Etiology, Diagnosis, and Management. *Obstetrics & Gynecology*. 2006; 107(6): 1373-1381. doi:10.1097/01.AOG.0000218690.24494.ce
5. **Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsybmal T, Pineda G, Arslan AA.** The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012;207(1):44.e1-44.e13. doi:10.1016/j.ajog.2012.04.018
6. **Gao F, Lu Y, Guo X, et al.** Complex Blood Supply Patterns in Cesarean Scar Pregnancy: Insights from Digital Subtraction Angiography Imaging. *Med Sci Monit*. 2023;29:e940133-1-e940133-10. doi:10.12659/MSM.940133
7. **Qiao B, Zhang Z, Li Y.** Uterine Artery Embolization Versus Methotrexate for Cesarean Scar Pregnancy in a Chinese Population: A Meta-analysis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2016;23(7):1040-1048. doi:10.1016/j.jmig.2016.08.819

GÁNH NẶNG RUNG NHỊ Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI GIẢM

Vũ Đức Thành¹, Phan Đình Phong¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và Holter điện tâm đồ 24 giờ ở bệnh nhân suy tim mạn tính có phân suất tổng máu thất trái giảm (HFrEF) kèm rung nhĩ, và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến đáp ứng tần số thất. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân HFrEF kèm rung nhĩ được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2025 đến tháng 7/2025. Các bệnh nhân được thực hiện Holter điện tâm đồ để xác định tần số thất trung bình, cao nhất, thấp nhất và rối loạn nhịp thất. Đáp ứng tần số thất được đánh giá theo tiêu chí RACE II (≤ 110 nhịp/phút). Đặc điểm triệu chứng và

cận lâm sàng được phân tích giữa hai nhóm đạt và không đạt kiểm soát tần số thất. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân đạt kiểm soát tần số thất là 85,0% (n=34). Tần số thất trung bình là $94,37 \pm 18,58$ nhịp/phút. Nhịp tim trung bình cao hơn có ý nghĩa ở nhóm không đạt kiểm soát ($127,0 \pm 16,7$ so với $88,6 \pm 11,8$ nhịp/phút; $p < 0,001$). Về cận lâm sàng, nhóm không đạt kiểm soát có NT-proBNP cao hơn ($1200,5 \pm 600,1$ so với $950,3 \pm 512,4$ pg/mL; $p = 0,25$), trong khi các chỉ số sinh hóa khác không khác biệt đáng kể. Nhóm không đạt kiểm soát cũng có tần số cao nhất và thấp nhất cao hơn có ý nghĩa ($p = 0,002$ và $p < 0,001$), rối loạn nhịp thất nhiều hơn ($p = 0,053$), và xu hướng kích thích/thể tích thất trái nhỏ hơn (p từ 0,069–0,129). Nhóm đạt kiểm soát có tỷ lệ dùng chẹn beta cao hơn (50,0% so với 16,7%; $p = 0,13$), nhưng ít có khác biệt đáng kể về thuốc ($p > 0,05$). **Kết luận:** Bệnh nhân HFrEF kèm rung nhĩ có tỷ lệ kiểm soát tần số thất cao, nhưng nhóm không đạt kiểm soát thường đi kèm với tần số thất cao hơn, xu hướng NT-proBNP cao và cấu trúc tim biến đổi. Việc nhận diện sớm các biểu hiện

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Thành

Email: nth.basilh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025

lâm sàng và cận lâm sàng này có giá trị định hướng tầm soát và điều trị tối ưu cho bệnh nhân suy tim mạn tính kèm rung nhĩ. **Từ khóa:** Suy tim mạn tính, rung nhĩ, tần số thất, Holter điện tâm đồ, phân suất tống máu thất trái giảm.

SUMMARY

CLINICAL, PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND VENTRICULAR RATE RESPONSE ON 24-HOUR HOLTER ECG IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH REDUCED LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION AND ATRIAL FIBRILLATION

Objective: To describe the clinical, paraclinical, and 24-hour Holter ECG characteristics in patients with chronic heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) and atrial fibrillation (AF), and to investigate some factors associated with ventricular rate response. **Methods:** A cross-sectional descriptive study on 40 patients with HFrEF and AF at Bach Mai Hospital from January 2025 to July 2025. Patients underwent 24-hour Holter ECG to determine average, maximum, minimum ventricular rate, and arrhythmias. Ventricular rate response was evaluated according to RACE II criteria (≤ 110 beats/min). Clinical symptoms and paraclinical parameters were analyzed between the controlled and uncontrolled ventricular rate groups. **Results:** The prevalence of controlled ventricular rate was 85.0% ($n=34$). The average ventricular rate was 94.37 ± 18.58 beats/min. The mean heart rate was significantly higher in the uncontrolled group (127.0 ± 16.7 vs. 88.6 ± 11.8 beats per minute; $p<0.05$). **Conclusion:** Patients with HFrEF and AF have a high rate of controlled ventricular rate. Uncontrolled ventricular rate is associated with higher ventricular rates, a trend toward higher NT-proBNP levels, and cardiac structural changes. Early identification of these clinical and paraclinical features is valuable for guiding screening and optimal treatment in patients with chronic heart failure with reduced ejection fraction and atrial fibrillation. **Keywords:** Chronic heart failure, atrial fibrillation, ventricular rate, Holter ECG, reduced ejection fraction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim mạn tính (STMT) là hội chứng lâm sàng được đặc trưng bởi tình trạng tim không bơm đủ máu để đáp ứng nhu cầu oxy và dưỡng chất cho các cơ quan trong cơ thể¹. Theo các hướng dẫn của Hội Tim mạch Châu Âu (ESC) năm 2021, STMT được phân loại dựa trên phân suất tống máu thất trái (EF), trong đó HFrEF là một phân loại với $EF < 40\%$. Rung nhĩ (RN) là một trong những rối loạn nhịp hay gặp ở đối tượng bệnh nhân này¹. RN làm giảm hiệu quả bơm máu và còn gây ra đáp ứng tần số thất (TST) nhanh, khó kiểm soát, dẫn đến suy giảm chức năng tim hơn, hình thành vòng xoắn bệnh lý². Đặc biệt ở nhóm bệnh nhân HFrEF, RN tạo

ra gánh nặng lớn, làm tăng nguy cơ nhập viện do suy tim cấp lên gấp 2-3 lần, tăng tỷ lệ tử vong hàng năm lên đến 30-50% và thúc đẩy quá trình tái cấu trúc mô cơ tim³.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ RN trong bệnh nhân STMT dao động từ 20-40%, và RN làm tăng nguy cơ nhập viện và tử vong lên gấp 2-3 lần⁴. Theo nghiên cứu AFFIRM, kiểm soát TST (rate control) là chiến lược ưu tiên so với kiểm soát nhịp (rhythm control) ở bệnh nhân RN mạn tính, đặc biệt khi kèm HFrEF, với mục tiêu TST ≤ 110 nhịp/phút theo nghiên cứu RACE II^{3,4}. Trong các nghiên cứu lớn trên thế giới, tỷ lệ đạt kiểm soát TST dưới 110 nhịp/phút biến động tùy theo chiến lược: Trong nghiên cứu RACE II với 614 bệnh nhân RN vĩnh viễn (trong đó 47% có suy tim), nhóm kiểm soát chặt chẽ (TST nghỉ ≤ 110 nhịp/phút) đạt tỷ lệ thành công lên đến 97,7%⁵; trong khi nghiên cứu AFFIRM với hơn 4.000 bệnh nhân RN (khoảng 20-30% có HFrEF), tỷ lệ đạt kiểm soát TST (bao gồm ≤ 110 nhịp/phút trong hoạt động) khoảng 70-80%, thấp hơn nghiên cứu RACE II, có thể do cỡ mẫu lớn hơn, tiêu chuẩn mục tiêu đạt được tần số kể cả khi nghỉ và khi tập luyện vừa ở nghiên cứu AFFIRM là nghiêm ngặt hơn so với RACE II. Ngoài ra trong nghiên cứu AFFIRM, tỷ lệ đạt kiểm soát tần số thấp phần nữa bao gồm đối tượng nghiên cứu lấy cả những đối tượng kém dung nạp với thuốc, cả rung nhĩ cơn và rung nhĩ mới phát hiện, nhóm đối tượng có nguy cơ cao. Nhóm không đạt kiểm soát TST thường có tiên lượng xấu hơn do tăng biến cố tim mạch⁶. Mặc dù tỷ lệ đạt kiểm soát tần số thấp hơn trong AFFIRM đối với các tiêu chí nghiêm ngặt thì các tiêu chí chính (ví dụ: tử vong, đột quỵ) tương tự như nhánh điều trị kiểm soát nhẹ nhàng của RACE II, cho thấy việc kiểm soát nhẹ nhàng là đủ cho nhiều bệnh nhân (dưới 110 nhịp/phút).

Việc theo dõi TST thông qua Holter điện tâm đồ 24 giờ (Holter ECG) là công cụ thiết yếu, giúp ghi nhận TST trung bình, cao nhất, thấp nhất và các rối loạn nhịp liên quan trong hoạt động hàng ngày⁵. Tuy nhiên, tại Việt Nam, dữ liệu về TST ở nhóm bệnh nhân HFrEF kèm RN còn hạn chế. Vậy nên nghiên cứu đề ra mục tiêu chính: "*Khảo sát gánh nặng rung nhĩ thông qua Holter điện tâm đồ 24 giờ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu thất trái giảm*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

❖ Tiêu chí lựa chọn:

- Được chẩn đoán HFrEF theo ESC 2021 đang trong giai đoạn ổn định và đã điều trị nội khoa ≥ 3 tháng.

- Rung nhĩ dai dẳng xác định trên ECG (tình trạng rung nhĩ kéo dài liên tục trên 7 ngày, kể cả những trường hợp được chuyển nhịp bằng thuốc hoặc sốc điện chuyển nhịp, sau khi đã kéo dài từ 7 ngày trở lên).

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ Tiêu chí loại trừ:

- Bệnh nhân chẩn đoán suy tim cấp theo ESC 2021.

- Bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim hoặc đột quỵ trong vòng 3 tháng trước khi nghiên cứu.

- Bệnh nhân bị các bệnh lý khác có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu hoặc gây nguy hiểm cho bệnh nhân, như nhiễm trùng nặng, rối loạn tâm thần, hoặc các bệnh lý ác tính.

- Thiếu dữ liệu Holter.

- Từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 1/2025 đến tháng 7/2025.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

- Cơ mẫu: Nghiên cứu áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}{d^2}$$

• n: là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu

• $Z_{1-\alpha/2}^2$: là giá trị Z thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α ; trong nghiên cứu này lấy $\alpha = 0,05$ với $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1.96$.

• p: Lựa chọn p = 50%

• d: Độ chính xác tuyệt đối. Trong nghiên cứu này chọn d = 0,1. Từ công thức trên ta tính được cỡ mẫu tối thiểu là 45, tuy nhiên thực tế có 40 bệnh nhân tham gia.

- Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Phân tích số liệu. Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 25.0. Biến liên tục: trung bình $\pm$ SD, kiểm tra phân phối chuẩn (Kolmogorov-Smirnov). Biến phân loại: số lượng và tỷ lệ phần trăm. Tương quan Pearson/ Spearman cho biến liên tục, t-test/ANOVA cho so sánh nhóm, hồi quy tuyến tính/logistic đa biến để đánh giá yếu tố liên quan ($p < 0.05$ có ý nghĩa). Nghiên cứu đảm bảo đạo đức y khoa, đồng ý của bệnh nhân. Trong quá trình thu thập, bệnh nhân được giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu, lợi ích và rủi ro, và ký đồng ý tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	27	67,5
	Nữ	13	33,5%
Tuổi	TB $\pm$ ĐLC	65,9 $\pm$ 11,0	
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	27	67,5
	Đái tháo đường	7	17,5
	Bệnh động mạch vành	11	27,5
	Bệnh van tim	4	10
NYHA	II	24	60
	III	16	40
Huyết áp	Tâm thu (TB $\pm$ ĐLC)	110,5 $\pm$ 15,3	
	Tâm trương (TB $\pm$ ĐLC)	70,2 $\pm$ 10,1	
CHA2D S2 - VA	TB $\pm$ ĐLC	3,2 $\pm$ 1,0	
Siêu âm tim	EF (%)	35,63 $\pm$ 4,53	
	Đường kính nhĩ trái (mm)	47,35 $\pm$ 11,52	
	Vd (ml)	165,78 $\pm$ 60,75	
	Vs (ml)	100,6 $\pm$ 40,2	
	Dd (mm)	57,03 $\pm$ 9,35	
	Ds (mm)	45,92 $\pm$ 7,93	
NT – ProBNP (pg/mL)		996,62 $\pm$ 504,86	
Creatinin (μ mol/L)		100,4 $\pm$ 33,6	
MLCT (mL/phút/1,73 m ²)		71,37 $\pm$ 22,32	
Holter ECG	Tần số trung bình	94,37 $\pm$ 18,58	
	Tần số cao nhất	154 $\pm$ 28,9	
	Tần số thấp nhất	57,9 $\pm$ 14,2	
	Rối loạn nhịp thất	29 (72,5%)	
Kiểm soát tần số thất	Đạt	34 (85%)	
	Không đạt	6 (15%)	

Nhận xét: Tuổi trung bình 65,9 $\pm$ 11,0 năm (từ 36 đến 88 tuổi), nam chiếm 67,5% (27 bệnh nhân). Phân độ NYHA II chiếm 60,0% (24 bệnh nhân), NYHA III 40,0% (16 bệnh nhân). Bệnh đồng mắc: tăng huyết áp 67,5% (27 bệnh nhân), bệnh mạch vành 27,5% (11 bệnh nhân), đái tháo đường type 2 17,5% (7 bệnh nhân). Huyết áp tâm thu trung bình 110,5 $\pm$ 15,3 mmHg, tâm trương 70,2 $\pm$ 10,1 mmHg. EF trung bình 35,63 $\pm$ 4,53% (từ 30% đến 40%). Nhĩ trái giãn trung bình 47,35 $\pm$ 11,52 mm. NT-proBNP trung bình 996,62 $\pm$ 504,86 pg/mL (từ 197,5 đến 2120 pg/mL). Holter ECG: Tần số thất trung bình 94,37 $\pm$ 18,58 nhịp/phút (từ 63 đến 149), cao nhất 154 $\pm$ 28,9 (từ 98 đến 222), thấp nhất 57,9 $\pm$ 14,2 (từ 40 đến 83). Đạt kiểm soát TST 85,0% (34 bệnh nhân), không đạt 15,0% (6

bệnh nhân). Rối loạn nhịp thất 72,5% (29 bệnh nhân), trong đó chủ yếu là ngoại tâm thu thất (0,1%-10,8%).

3.2. Đặc điểm dùng thuốc điều trị ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm thuốc điều trị ở đối tượng nghiên cứu

Nhóm thuốc		Số lượng	Tỷ lệ %
ARNI	Có	33	82,5
	Không	7	17,5
SGLT2i	Có	37	92,5
	Không	3	7,5
MRA	Có	33	82,5
	Không	7	17,5
Chẹn Beta	Có	18	45
	Không	22	55
Digoxine	Có	18	45
	Không	22	55

Amiodarone	Có	3	7,5
	Không	37	92,5
Không dùng thuốc kiểm soát tần số		7	17,5
Dùng ít nhất 1 nhóm thuốc kiểm soát tần số		33	82,5

Nhận xét: Thuốc kiểm soát nhịp: 82,5% (33 bệnh nhân) dùng ít nhất một loại, Chẹn Beta 45,0% (18 bệnh nhân), Digoxine 45% (18 bệnh nhân), Cordarone 7,5% (3 bệnh nhân), phối hợp 7,5% (3 bệnh nhân). Không dùng 17,5% (7 bệnh nhân). Các nhóm thuốc điều trị nền tảng như ARNI, SGLT2i, MRA đều được sử dụng ở mức tỷ lệ cao từ 82,5% đến 92,5% ở nhóm đối tượng nghiên cứu, trong đó nhóm thuốc SGLT2i được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ đạt 92,5%.

3.3. Đặc điểm tương quan giữa hai nhóm kiểm soát tần số Đạt và Không đạt

Bảng 3.3. Đặc điểm một vài yếu tố liên quan giữa hai nhóm kiểm soát tần số

Yếu tố liên quan		Đạt tần số (n=34)	Không đạt tần số (n=6)	Chung (n=40)	p
Tuổi		65.9 ± 11.3	65,8 ± 10,1	65.9 ± 11.0	0,992*
Giới	Nam	25	5	30	0,609***
	Nữ	9	1	10	
CHA2DS2 - VA		3,3 ± 1,1	3,0 ± 0,9	3,2 ± 1,0	0,576*
NYHA	II	21	4	25	0,15**
	III	13	2	15	
NT - ProBNP		950,3 ± 512,4	1200,5 ± 600,1	996,62 ± 504,86	0,25*
Creatinin		100,1 ± 34,1	102 ± 33,3	100,4 ± 33,6	0,901*
MLCT		71,6 ± 22,1	70,2 ± 25,6	71,37 ± 22,3	0,888*
Siêu âm tim	EF	35,68 ± 4,35	35,33 ± 5,9	35,63 ± 4,53	0,867*
	Dd	58,09 ± 8,9	51 ± 10,3	57,03 ± 9,35	0,087*
	Ds	46,9 ± 7,5	40,5 ± 8,6	45,92 ± 7,93	0,069*
	Vd	172,7 ± 60,7	126,7 ± 48,3	165,78 ± 60,75	0,087*
	Vs	104,7 ± 40	77,5 ± 36	100,6 ± 40,2	0,129*
	Đường kính nhĩ trái	47,9 ± 11,9	44,7 ± 9,5	47,35 ± 11,52	0,543*
Holter ECG	Trung bình	88,6 ± 11,8	127 ± 16,7	94,37 ± 18,58	0,001*
	Cao nhất	148,4 ± 26,3	185,9 ± 22,6	154 ± 28,9	0,002*
	Thấp nhất	54,3 ± 10,7	78,5 ± 14,4	57,9 ± 14,2	0,001*
Rối loạn nhịp thất	Có	25	4	29	0,053***
	Không	9	2	11	
Chẹn Beta	Có	17	1	18	0,13***
	Không	17	5	22	
Digoxine	Có	15	3	18	0,789***
	Không	19	3	22	
Amiodarone	Có	3	0	3	0,449***
	Không	31	6	37	
ARNI	Có	29	4	33	0,268***
	Không	5	2	7	
MRA	Có	28	5	33	0,954***
	Không	6	1	7	
SGLT2i	Có	31	6	37	0,449***
	Không	3	0	3	

Số nhóm thuốc kiểm soát nhịp	≥2 nhóm	5	0	5	0,315***
	<2 nhóm	29	6	35	

*T-Test độc lập, ** Fisher Exact test, *** KHI Square test

Nhận xét: Tuổi trung bình gần như giống nhau ($65,9 \pm 11,3$ so với $65,8 \pm 10,1$; $p=0,992$) và phân bố giới không khác biệt ($p=0,609$). Gánh nặng bệnh kèm theo (CHA₂DS₂-VA $3,3 \pm 1,1$ so với $3,0 \pm 0,9$; $p=0,576$), mức độ suy tim theo NYHA (II/III: 21/13 so với 4/2; $p=0,15$), NT-proBNP ($950,3 \pm 512,4$ so với $1200,5 \pm 600,1$; $p=0,25$), Creatinin và MLCT đều không khác biệt có ý nghĩa (đều $p>0,88$).

EF tương đương ($\sim 35\%$, $p=0,867$). Các kích thước/thể tích thất trái (Dd, Ds, Vd, Vs) có xu hướng lớn hơn ở nhóm đạt kiểm soát tần số (ví dụ Dd $58,09 \pm 8,9$ so với $51,0 \pm 10,3$; Ds $46,9 \pm 7,5$ so với $40,5 \pm 8,6$), gần đạt mức ý nghĩa thống kê (p từ 0,069–0,129). Đường kính nhĩ trái tương tự giữa hai nhóm ($p=0,543$).

Các thông số tần số thất trên Holter khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm. Ở nhóm đạt kiểm soát, nhịp thất:

- Trung bình: $88,6 \pm 11,8$ ck/phút so với $127,0 \pm 16,7$ ck/phút ở nhóm không đạt (chênh lệch $\approx 38,4$ ck/phút; $p=0,001$).

- Cao nhất: $148,4 \pm 26,3$ so với $185,9 \pm 22,6$ (chênh lệch $\approx 37,5$ ck/phút; $p=0,002$).

- Thấp nhất: $54,3 \pm 10,7$ so với $78,5 \pm 14,4$ (chênh lệch $\approx 24,2$ ck/phút; $p=0,001$).

Tỷ lệ rối loạn nhịp thất có xu hướng cao hơn ở nhóm không đạt (66,7% [4/6] so với 26,5% [9/34]; $p=0,053$). Việc sử dụng chẹn beta nhiều hơn ở nhóm đạt (50,0% [17/34] so với 16,7% [1/6]; $p=0,13$). Tương tự có tỷ lệ cao hơn sử dụng nhóm thuốc SGLT2i nhiều hơn ở nhóm đạt, so với ARNI và MRA. Không có sự khác biệt đáng kể về số nhóm thuốc điều trị kiểm soát nhịp giữa 2 nhóm ($p=0,315$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân HFrEF kèm rung nhĩ dai dẳng tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2025 đến tháng 7/2025 cho thấy đặc điểm lâm sàng điển hình: tuổi trung bình $65,9 \pm 11,0$ năm, nam giới chiếm 67,5% và bệnh đồng mắc phổ biến như tăng huyết áp (67,5%), bệnh động mạch vành (27,5%), phù hợp với hướng dẫn ESC 2021 về tích lũy yếu tố nguy cơ ở người cao tuổi.

Về cận lâm sàng, EF trung bình $35,63 \pm 4,53\%$, nhĩ trái giãn $47,35 \pm 11,52$ mm; chỉ số NT-proBNP là $996,62 \pm 504,86$ (pg/mL) cũng gần giống trong các nghiên cứu PARADIGM – HF, DAPA – HF ở nhóm bệnh nhân suy tim ổn định điều trị ngoại trú. Các chỉ số phản ánh sức

căng của tim và tiên lượng xấu theo Januzzi et al. (2006). CHA₂DS₂-VA ($3,2 \pm 1,0$) nhấn mạnh nguy cơ đột quỵ cao, cần điều trị thuốc chống đông theo ESC 2020.

Holter ECG ghi nhận tần số thất trung bình $94,37 \pm 18,58$ nhịp/phút, đạt kiểm soát (≤ 110 nhịp/phút theo RACE II) ở 85% (34 bệnh nhân), cao hơn AFFIRM (khoảng 70% theo NEJM 2002) nhưng thấp hơn trong RACE II (97,7% theo NEJM 2010), có thể do trong RACE II quần thể ổn định và theo dõi 24 giờ, còn nghiên cứu chúng tôi cỡ mẫu còn nhỏ, chưa kéo dài theo dõi theo thời gian. Tỷ lệ đạt kiểm soát tần số cao hơn so với nghiên cứu AFFIRM do đối tượng trong nghiên cứu chúng tôi đã được điều trị nội khoa ít nhất 3 tháng, trong giai đoạn bệnh ổn định và các bệnh nhân có xu hướng dung nạp tốt với thuốc điều trị suy tim và điều trị kiểm soát tần số thất. Rối loạn nhịp thất (67,5%) chủ yếu ngoại tâm thu thất thưa tỷ lệ từ 0,1% đến 10,8%, tương tự mô tả trong AHA/ESC.

So sánh nhóm đạt và không đạt kiểm soát kiểm soát tần số (15%), nhóm không đạt có tần số trung bình cao hơn ($127 \pm 16,7$ vs $88,6 \pm 11,8$ nhịp/phút; $p=0,001$), cao nhất ($185,9 \pm 22,6$ vs $148,4 \pm 26,3$; $p=0,002$), thấp nhất ($78,5 \pm 14,4$ vs $54,3 \pm 10,7$; $p=0,001$), và gần có ý nghĩa với rối loạn nhịp thất ít hơn ($p=0,053$), NT-proBNP cao hơn ($1200,5 \pm 600,1$ vs $950,3 \pm 512,4$ pg/mL; $p=0,25$), cấu trúc tim biến đổi (Dd: $51 \pm 10,3$ vs $58,09 \pm 8,9$ mm, $p=0,087$; Ds: $40,5 \pm 8,6$ vs $46,9 \pm 7,5$ mm, $p=0,069$; Vd: $126,7 \pm 48,3$ vs $172,7 \pm 60,7$ mL, $p=0,087$). Kết quả tương đồng AFFIRM và RACE II (kiểm soát kém liên quan tiên lượng xấu), nhưng tỷ lệ đạt kiểm soát tần số cao hơn có lẽ nhờ điều trị nội khoa tối ưu với thời gian điều trị kéo dài ít nhất 3 tháng.

Thuốc kiểm soát nhịp (82,5% dùng ít nhất một loại): Chẹn Beta (45%, tỷ lệ đạt 93,3%), Digoxine (45%), Amiodarone (7,5%), không khác biệt nhóm ($p>0,05$), phù hợp nghiên cứu AFFIRM (Chẹn Beta có hiệu quả). Ngoài ra việc duy trì thuốc nền tảng điều trị suy tim như các nhóm ARNI, MRA, SGLT2i (92,5%) ở tỷ lệ cao giữa các bệnh nhân theo khuyến cáo của ESC cũng góp phần giúp kiểm soát triệu chứng và tần số thất ở mức đạt mục tiêu cao.

Nghiên cứu tồn tại một số hạn chế, bao gồm cỡ mẫu nhỏ (40 bệnh nhân), thiết kế cắt ngang chỉ phản ánh tình trạng tại thời điểm nghiên cứu, và chưa đánh giá kết quả dài hạn.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân HFrEF kèm rung nhĩ có đặc điểm lâm sàng điển hình và tỷ lệ kiểm soát tần số thất cao. Nhóm không đạt kiểm soát có tần số thất cao hơn, xu hướng NT-proBNP cao và tái cấu trúc cơ tim, nhấn mạnh nhu cầu theo dõi chặt chẽ. Cần cá thể hóa điều trị để tối ưu kiểm soát, xem xét chuyển sang kiểm soát nhịp nếu phù hợp, vì tỷ lệ không đạt được kiểm soát tần số cũng còn nhiều với mức 15% trong tổng số lượng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McDonagh TA, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic

heart failure. European Heart Journal. 2021; 42(36):3599–3726.

2. Hindricks G, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. European Heart Journal. 2021;42(5):373–498.
3. Wyse DG, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2002;347(23):1825–33.
4. Van Gelder IC, et al. Lenient versus strict rate control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2010;362(15):1363–73.
5. Januzzi JL, et al. NT-proBNP testing for diagnosis and short-term prognosis in acute destabilized heart failure. European Heart Journal. 2006;27(3):330–37.
6. Olshansky B, et al. The atrial fibrillation follow-up investigation of rhythm management (AFFIRM) study: approaches to control rate in atrial fibrillation. J Am Coll Cardiol. 2004;43(7):1201–08.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI NHA RĂNG CỬA VĨNH VIỄN CÓ VIÊM QUANH CHÓP MẠN TẠI BỆNH VIỆN MẮT – RĂNG HÀM MẶT THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Trương Nguyễn Phương Uyên¹, Nguyễn Thị Huệ Thu²,
Biện Thị Bích Ngân¹, Nguyễn Lê Uyên¹, Hoàng Minh Tú¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm quanh chóp mạn là bệnh lý nội nha phổ biến, tiến triển âm thầm và dễ gây biến chứng nếu điều trị không phù hợp. Vật liệu trám bít tương hợp sinh học như Bioceramic được ghi nhận có khả năng kháng khuẩn và thúc đẩy lành thương mô quanh chóp. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị nội nha răng cửa vĩnh viễn viêm quanh chóp mạn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 răng cửa vĩnh viễn (46 bệnh nhân) tại Bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ. Các răng được điều trị nội nha, trám bít bằng NeoSealer Flo, theo dõi lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính chòm tia hình nón tại thời điểm sau khi trám bít và 6 tháng sau điều trị. **Kết quả:** Sau 6 tháng, 98,3% bệnh nhân ăn nhai bình thường; triệu chứng lỏng lẻo/sưng đau và đau khi gõ dọc chỉ còn 1,7% ($p < 0,05$). Trên phim chụp cắt lớp vi tính chòm tia hình nón, 31,7% răng đạt chỉ số PAI 0 (lành thương hoàn toàn), tổng tỷ lệ lành hoặc đang lành đạt 63,4%. Đường kính sang thương giảm từ $5,8 \pm 2,1$ mm xuống còn $2,0 \pm 1,9$ mm ($p < 0,001$). **Kết luận:** Điều trị nội nha răng cửa vĩnh viễn viêm quanh chóp mạn đạt hiệu quả cao sau 6 tháng. Quy trình bơm rửa, đặt thuốc Canxi Hydroxide và trám bít bằng vật liệu tương hợp sinh học NeoSealer Flo giữ vai trò quyết định trong

quá trình lành thương quanh chóp và hồi phục lâm sàng. **Từ khóa:** Viêm quanh chóp mạn tính, răng cửa vĩnh viễn, nội nha.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF TREATMENT PERMANENT INCISORS WITH CHRONIC APICAL PERIODONTITIS AT THE CANTHO EYE AND ODONTO – STOMATOLOGY HOSPITAL

Background: Chronic apical periodontitis is a common endodontic condition with silent progression and potential complications if inadequately treated. Bioceramic-based sealers have shown antibacterial properties and the ability to promote periapical healing. **Objective:** To evaluate the treatment outcomes of root canal treatment in permanent incisors with chronic apical periodontitis. **Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 60 permanent incisors from 46 patients at Can Tho Eye and Odonto-Stomatology Hospital. The teeth underwent root canal treatment, obturation with NeoSealer Flo, and were evaluated clinically and radiographically using CBCT immediately after obturation and at 6 months post-treatment. **Results:** After 6 months, 98.3% of patients had normal mastication; sinus tract/swelling and percussion pain were observed in only 1.7% of teeth ($p < 0.05$). CBCT evaluation showed 31.7% of teeth achieved PAI 0 (complete healing), with 63.4% demonstrating complete or ongoing healing. Lesion diameter significantly decreased from 5.8 ± 2.1 mm to 2.0 ± 1.9 mm ($p < 0.001$). **Conclusion:** Root canal treatment of permanent incisors with chronic apical periodontitis achieved high effectiveness after 6 months. Sequential irrigation, calcium hydroxide

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trương Nguyễn Phương Uyên
Email: drpuyen164@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2025

Ngày duyệt bài: 14.10.2025