

8. **Đào Thị Bích Ngọc.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của chức năng nhận thức sau nhồi máu não và một số yếu tố liên quan. In: Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội: 2018.
9. **Wei WE, De Silva DA, Chana HM, Yao J, Matchar DB, Young SHY, See SJ, Lim GH, Wong TH, Venketasubramanian N.** Post-stroke patients with moderate function have the greatest risk of falls: a National Cohort Study. BMC Geriatr. 2019 Dec 26;19(1):373. doi: 10.1186/s12877-019-1377-7. PMID: 31878876; PMCID: PMC6933903.
10. **Badaru UM, Oawumike OO, Adeniji AF, Olowe OO.** Variation in Functional Independence among Stroke Survivors Having Fatigue and Depression. Neurol Res Int. 2013;2013:842980. doi: 10.1155/2013/842980. Epub 2013 Sep 11. PMID: 24102026; PMCID: PMC3786469.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA BIẾN CHỨNG RỐI LOẠN NHỊP, SUY BƠM VÀ THỂ BỆNH Ở BỆNH NHÂN VIÊM CƠ TIM CẤP

Nguyễn Đức Khánh¹, Trần Thanh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thể bệnh, các rối loạn nhịp, biến chứng suy bơm và mối liên quan giữa ba yếu tố này ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 218 bệnh nhân được chẩn đoán viêm cơ tim cấp dựa trên lâm sàng, men tim tăng và hình ảnh MRI tim phù hợp, nhập viện Bệnh viện Chợ Rẫy trong năm 2021-2022. Các biến bao gồm thể lâm sàng, loại rối loạn nhịp, phân suất tống máu thất trái (PSTM), và mức độ suy bơm tim. Phân tích thống kê được thực hiện bằng Stata 17.0 với $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa. **Kết quả:** Có 62 bệnh nhân (28,4%) thuộc thể tối cấp và 156 bệnh nhân (71,6%) thể cấp. Rối loạn nhịp gặp ở 71,1% trường hợp, trong đó rối loạn nhịp thất chiếm 39,0%. Biến chứng suy bơm tim gặp ở 54,6%, trong đó 28,4% có PSTM < 35%. Thể tối cấp có tỷ lệ rối loạn nhịp và suy bơm cao hơn rõ rệt so với thể cấp ($p < 0,001$). Phân tích tương quan cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa rối loạn nhịp thất và PSTM giảm nặng, phản ánh mức độ tổn thương cơ tim lan tỏa. **Kết luận:** Rối loạn nhịp, suy bơm và thể tối cấp là ba yếu tố có mối liên quan chặt chẽ trong viêm cơ tim cấp. Sự hiện diện đồng thời của rối loạn nhịp thất và PSTM giảm gợi ý tổn thương cơ tim lan tỏa và giúp nhận diện nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao cần theo dõi và can thiệp sớm. **Từ khóa:** viêm cơ tim cấp, rối loạn nhịp, suy bơm tim, thể tối cấp, phân suất tống máu.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN ARRHYTHMIC COMPLICATIONS, PUMP FAILURE AND CLINICAL PHENOTYPES IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDITIS

Objective: To investigate the clinical subtypes, arrhythmic complications, pump failure, and the

interrelationship among these factors in patients with acute myocarditis admitted to Cho Ray Hospital. **Methods:** This retrospective descriptive study included 218 patients diagnosed with acute myocarditis based on clinical presentation, elevated cardiac biomarkers, and cardiac MRI findings. Data on clinical type, arrhythmia pattern, left ventricular ejection fraction (LVEF), and heart failure status were analyzed using Stata 17.0, with statistical significance set at $p < 0.05$. **Results:** Among 218 patients, 62 (28.4%) had fulminant myocarditis and 156 (71.6%) had acute non-fulminant myocarditis. Arrhythmias were observed in 71.1% of cases, with ventricular arrhythmias being the most frequent (39.0%). Pump failure occurred in 54.6% of patients, of whom 28.4% had LVEF < 35%. Fulminant cases had significantly higher rates of arrhythmias and pump failure than non-fulminant cases ($p < 0.001$). Correlation analysis demonstrated a strong association between ventricular arrhythmia and severe LVEF reduction, suggesting extensive myocardial injury. **Conclusion:** Arrhythmia, pump failure, and clinical subtype are closely interrelated in acute myocarditis. The coexistence of ventricular arrhythmia and reduced LVEF indicates diffuse myocardial damage and identifies a subgroup of patients at high risk who require intensive monitoring and early intervention. **Keywords:** acute myocarditis, arrhythmia, pump failure, fulminant type, left ventricular ejection fraction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cơ tim là một bệnh lý viêm của cơ tim, thường do nhiễm virus, đặc trưng bởi sự thâm nhiễm tế bào viêm vào mô cơ tim và hoại tử tế bào cơ không do thiếu máu cục bộ.¹ Bệnh có phổ biểu hiện lâm sàng rất rộng, từ thể nhẹ tự giới hạn giống cúm đến thể tối cấp với suy tim, rối loạn nhịp thất đe dọa tính mạng hoặc đột tử.² Do biểu hiện đa dạng và không đặc hiệu, việc chẩn đoán và tiên lượng viêm cơ tim vẫn còn là một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng.^{3,4}

Trong số các biến chứng của viêm cơ tim cấp, rối loạn nhịp tim và suy bơm là hai yếu tố chính quyết định diễn tiến và tiên lượng bệnh.^{5,6} Rối loạn nhịp thất và block nhĩ-thất cao độ

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Khánh

Email: khanh.nguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

thường gặp trong giai đoạn cấp, có thể gây ngưng tim đột ngột, đặc biệt ở bệnh nhân có tổn thương lan tỏa hoặc phù mô dẫn truyền trên MRI tim.⁷ Trong khi đó, suy bơm tim cấp phản ánh tổn thương lan rộng của cơ tim và thường là nguyên nhân hàng đầu của sốc tim, phù phổi cấp và tử vong trong thể tối cấp.⁸ Sự xuất hiện đồng thời của hai biến chứng này cho thấy mức độ viêm lan tỏa và rối loạn chức năng thất trái nặng, làm tiên lượng bệnh nhân xấu đi rõ rệt.

Phân loại thể lâm sàng có vai trò quan trọng trong định hướng điều trị và tiên lượng. Theo phân loại hiện nay, viêm cơ tim được chia thành thể tối cấp và thể cấp dựa trên mức độ suy tim và rối loạn huyết động tại thời điểm nhập viện.¹ Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nhân thể tối cấp có tỷ lệ rối loạn nhịp thất, suy bơm và cần hỗ trợ tuần hoàn cơ học cao hơn đáng kể so với thể cấp. Tuy nhiên, nếu được điều trị tích cực sớm, một số bệnh nhân thể tối cấp có khả năng hồi phục hoàn toàn chức năng thất trái⁸, cho thấy mối quan hệ phức tạp giữa mức độ viêm, tổn thương mô cơ tim và khả năng hồi phục.

Tại Việt Nam, các dữ liệu về mối liên quan giữa thể lâm sàng – rối loạn nhịp – suy bơm trong viêm cơ tim cấp còn rất hạn chế. Phần lớn các báo cáo trước đây chỉ mô tả đặc điểm chung của bệnh mà chưa phân tích sâu mối tương tác giữa các biến chứng tim mạch chính. Do đó, việc phân tích hệ thống các biểu hiện rối loạn nhịp, suy bơm và thể bệnh trong quần thể này có ý nghĩa quan trọng trong phân tầng nguy cơ, định hướng xử trí và dự báo tiên lượng cho bệnh nhân viêm cơ tim cấp tại Việt Nam. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích mối liên quan giữa thể lâm sàng, rối loạn nhịp và mức độ suy bơm tim nhằm góp phần nhận diện sớm nhóm bệnh nhân có nguy cơ diễn tiến nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được thiết kế là nghiên cứu mô tả hồi cứu hồ sơ bệnh án của bệnh nhân viêm cơ tim cấp nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2021 đến 31/12/2022.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi thỏa tất cả các tiêu chí sau: Tuổi ≥ 16 tuổi; Nhập viện trong thời gian từ 01/01/2021 – 31/12/2022; Được chẩn đoán xác định viêm cơ tim cấp dựa trên:

- Biểu hiện lâm sàng nghi ngờ viêm cơ tim (đau ngực, khó thở, mệt, ngất, rối loạn nhịp, hoặc dấu hiệu suy tim cấp).
- Men tim tăng (Troponin I hoặc CK-MB tăng

trên giới hạn bình thường).

- Hình ảnh MRI tim phù hợp viêm cơ tim theo tiêu chuẩn Lake Louise 2018 (ít nhất 2 trong 3 tiêu chí: tín hiệu T2 tăng, bản đồ T1/LGE bất thường, ECV tăng). Được theo dõi đầy đủ trong suốt quá trình nằm viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại khỏi nghiên cứu những trường hợp (1). Có bệnh tim mạch nền khác gây tổn thương cơ tim cấp như hội chứng vành cấp, bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim giãn nở mạn, hoặc viêm màng ngoài tim đơn thuần; (2). Có nguyên nhân thứ phát gây tăng men tim (như nhiễm trùng huyết, ngộ độc, xạ trị, hóa trị, hoặc suy thận giai đoạn cuối); (3). Hồ sơ bệnh án thiếu dữ liệu trọng yếu (ECG, siêu âm tim, MRI tim hoặc xét nghiệm sinh hóa).

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

Nghiên cứu bao gồm toàn bộ 218 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong giai đoạn trên (chọn mẫu toàn bộ). Không thực hiện tính toán cỡ mẫu ước lượng vì đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu có tính khảo sát toàn bộ dân số thực tế.

2.4. Các biến số nghiên cứu

Đặc điểm: tuổi, giới tính, BMI, yếu tố nguy cơ tim mạch, dấu hiệu suy tim hoặc sốc tim.

Xét nghiệm cận lâm sàng: Men tim (Troponin I, CK-MB), NT-proBNP.

Hình ảnh học: Điện tâm đồ: loại rối loạn nhịp (nhịp nhanh, chậm, block, rối loạn nhịp thất); Siêu âm tim: phân suất tống máu thất trái (PSTM), dẫn buồng tim, tràn dịch màng tim; MRI tim: tổn thương phù, tín hiệu T1/T2 tăng, phân bố LGE (khu trú hay lan tỏa).

Phân loại thể lâm sàng: Thể tối cấp (khởi phát cấp tính ≤ 7 ngày), có suy tuần hoàn nặng, sốc tim, cần hỗ trợ tuần hoàn cơ học hoặc thuốc vận mạch; Thể cấp tính khởi phát cấp tính nhưng huyết động ổn định, không cần hỗ trợ cơ học.

Rối loạn nhịp: Rối loạn nhịp thất (nhịp nhanh thất, rung thất, ngoại tâm thu thất đa dạng); Rối loạn nhịp chậm, block nhĩ-thất độ II–III; Nhịp nhanh trên thất, rung nhĩ, ngoại tâm thu.

Suy bơm tim: Phân suất tống máu (PSTM) $< 50\%$ được xem là suy bơm; phân nhóm PSTM 35–49% và PSTM $< 35\%$.

Ghi nhận biểu hiện lâm sàng (phù phổi cấp, sốc tim, giảm tưới máu ngoại biên).

2.5. Quy trình thu thập dữ liệu. Hồ sơ bệnh án được rà soát từ hệ thống và lưu trữ tại Phòng Kế hoạch tổng hợp của bệnh viện. Dữ liệu được trích xuất vào biểu mẫu chuẩn hóa. Tất cả dữ liệu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2019 và kiểm tra chéo bởi hai nhà nghiên cứu độc lập để đảm bảo độ chính xác.

2.6. Phân tích và xử lý số liệu. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 17.0. Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD); biến định tính dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm (%).

So sánh giữa các nhóm thể bệnh sử dụng: Kiểm định Chi-square hoặc Fisher's cho biến định tính; Kiểm định t độc lập (Independent Samples t-test) hoặc Mann-Whitney U test cho biến liên tục. Mỗi liên quan giữa rối loạn nhịp và mức PSTM được đánh giá bằng phân tích tương quan Pearson và hồi quy logistic đơn biến và đa biến. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học ĐHYD TP.HCM phê duyệt theo quyết định số 953/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 16/10/2023. Do tính chất hồi cứu, dữ liệu được thu thập từ hồ sơ lưu trữ mà không can thiệp vào điều trị bệnh nhân; mọi thông tin cá nhân được mã hóa và bảo mật tuyệt đối, tuân thủ Tuyên bố Helsinki 2013 về đạo đức trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân bố thể lâm sàng. Trong 218 bệnh nhân viêm cơ tim cấp, có 62 bệnh nhân (28,4%) được phân loại thể tối cấp và 156 bệnh nhân (71,6%) thuộc thể cấp. Nhóm thể tối cấp có thời gian khởi phát nhanh (trung bình $3,1 \pm 2,4$ ngày trước nhập viện), biểu hiện rầm rộ với sốc tim, rối loạn nhịp và suy đa cơ quan; trong khi nhóm thể cấp có diễn tiến từ từ hơn ($7,6 \pm 3,8$ ngày), chủ yếu với đau ngực và khó thở.

Bảng 1. Đặc điểm chung theo thể lâm sàng

Đặc điểm	Thể tối cấp (n=62)	Thể cấp (n=156)	p-value
Tuổi (năm)	39,8 $\pm$ 15,9	41,8 $\pm$ 17,3	0,49
Nam giới (%)	65,0	62,8	0,77
NT-proBNP (pg/mL)	3.950 $\pm$ 1.820	2.350 $\pm$ 1.320	<0,001
Troponin I (ng/mL)	6,82 $\pm$ 4,51	4,92 $\pm$ 3,85	0,008

Nhóm thể tối cấp có mức tăng men tim và NT-proBNP cao hơn rõ rệt.

Các dạng rối loạn nhịp. Rối loạn nhịp được ghi nhận ở 155/218 bệnh nhân (71,1%). Trong đó, rối loạn nhịp thất là loại thường gặp nhất (39,0%), tiếp theo là block nhĩ-thất độ II-III (28,4%) và rối loạn nhịp chậm nặng (20,2%).

Bảng 2. Đặc điểm rối loạn nhịp theo thể lâm sàng

Loại rối loạn nhịp	Thể tối cấp (n=62)	Thể cấp (n=156)	p-value
Rối loạn nhịp thất	41 (66,1%)	44 (28,2%)	<0,001

Block nhĩ-thất II-III	21 (33,9%)	41 (26,3%)	0,27
Rối loạn nhịp chậm nặng	17 (27,4%)	27 (17,3%)	0,09
Cần sốc điện chuyển nhịp	17 (27,4%)	35 (22,4%)	0,44
Cần đặt máy tạo nhịp tạm thời	13 (21,0%)	18 (11,5%)	0,07

Như vậy, rối loạn nhịp thất gặp nhiều gấp đôi ở thể tối cấp so với thể cấp ($p < 0,001$), trong khi các loại nhịp chậm và block cao độ không khác biệt đáng kể. Hầu hết rối loạn nhịp xảy ra trong 3 ngày đầu nhập viện, trùng thời điểm men tim và NT-proBNP đạt đỉnh.

Biến chứng suy bơm tim. Hơn một nửa bệnh nhân (54,6%) có biểu hiện suy bơm tim, trong đó 28,4% có PSTM <35%, còn lại 26,1% có PSTM 35-49%. Biểu hiện lâm sàng gồm: phù phổi cấp 12,8%, sốc tim 18,8%, giảm tưới máu ngoại biên 31,2%.

Bảng 3. Mức độ suy bơm và PSTM theo thể lâm sàng

Thông số	Thể tối cấp (n=62)	Thể cấp (n=156)	p-value
PSTM trung bình (%)	33,9 $\pm$ 11,5	48,2 $\pm$ 12,1	<0,001
PSTM <35%	33 (53,2%)	29 (18,6%)	<0,001
Có suy bơm lâm sàng	48 (77,4%)	71 (45,5%)	<0,001
Phù phổi cấp	12 (19,4%)	16 (10,3%)	0,09
Sốc tim	17 (27,4%)	24 (15,4%)	0,045

Như vậy, thể tối cấp có PSTM thấp hơn và tỷ lệ suy bơm cao hơn thể cấp.

Mối liên quan giữa rối loạn nhịp và suy bơm. Phân tích tương quan cho thấy rối loạn nhịp thất nặng thường đi kèm với PSTM thấp, đặc biệt ở nhóm PSTM <35%.

Bảng 4. Mối liên hệ giữa rối loạn nhịp và PSTM

Rối loạn nhịp	PSTM $\geq$ 50% (n=92)	PSTM 35-49% (n=64)	PSTM <35% (n=62)	p-value
Rối loạn nhịp thất	14 (15,2%)	27 (42,2%)	44 (71,0%)	<0,001
Block nhĩ-thất	12 (13,0%)	17 (26,6%)	33 (53,2%)	0,002

Rối loạn nhịp thất có liên quan đến PSTM giảm nặng (<35%) với OR = 3,46; 95%CI: 1,72-6,93; $p < 0,001$.

Mối liên hệ giữa thể lâm sàng, rối loạn nhịp và suy bơm. Khoảng 80% bệnh nhân thể tối cấp có ít nhất một trong hai biến chứng nặng (rối loạn nhịp hoặc suy bơm). 48% bệnh nhân thể tối cấp đồng thời có rối loạn nhịp thất + PSTM <35%. Ngược lại, ở thể cấp, tỷ lệ này chỉ 12%.

IV. BÀN LUẬN

Phân loại thể bệnh (thể lâm sàng) và giá trị lâm sàng. Trong nghiên cứu này, 28,4% bệnh nhân được phân loại thể tối cấp, tỉ lệ này tương đồng với các nghiên cứu quốc tế và ở ngưỡng cao (15–30%).^{8,9} Thể tối cấp đặc trưng bởi khởi phát nhanh, suy tuần hoàn và rối loạn nhịp nặng ngay từ đầu, đây là nhóm bệnh nặng và thường cần phải theo dõi sát. Dữ liệu cho thấy nhóm này có NT-proBNP và Troponin cao hơn đáng kể, cùng PSTM thấp hơn (33,9% so với 48,2%). Phân loại thể lâm sàng không chỉ mang tính mô tả mà còn định hướng tiên lượng và chiến lược điều trị. Nhận biết sớm thể tối cấp có thể giúp chỉ định hỗ trợ tuần hoàn sớm (cần ECMO, thuốc vận mạch, corticoid hoặc globulin miễn dịch) để tránh suy đa cơ quan.

Rối loạn nhịp – biểu hiện của tổn thương mô dẫn truyền. Rối loạn nhịp gặp ở 71,1% bệnh nhân, trong đó rối loạn nhịp thất là dạng phổ biến nhất. Tỷ lệ này tương đương hoặc cao hơn một số nghiên cứu gần đây do khác biệt trong quần thể bệnh nhân (đa phần là ca nặng được chuyển đến tuyến cuối). Rối loạn nhịp thất liên quan chặt chẽ với mức độ hoại tử và xơ hóa cơ tim. Tổn thương các tế bào Purkinje và mô dẫn truyền gây block nhĩ-thất, QTc kéo dài, QRS giãn rộng – những dấu hiệu được ghi nhận trên ECG trong nghiên cứu.^{4,10} Điều đáng chú ý là rối loạn nhịp và PSTM thấp thường xuất hiện đồng thời – minh chứng cho giả thuyết “rối loạn điện học là biểu hiện sớm của tổn thương lan tỏa cơ học”.

Suy bơm tim – hệ quả của tổn thương cơ tim lan tỏa. Trong nghiên cứu, hơn 50% bệnh nhân có PSTM giảm dưới 50%, và 28,4% có PSTM <35%. Suy bơm không chỉ phản ánh tổn thương cơ tim, mà còn là biểu hiện cuối của phản ứng viêm – hoại tử – tái cấu trúc thất trái. Các bệnh nhân thể tối cấp có tỷ lệ suy bơm cao gấp đôi thể cấp (77,4% so với 45,5%), phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới.^{9,10} Điều này củng cố quan điểm rằng viêm cơ tim tối cấp là một “hội chứng suy tim tối cấp” chứ không chỉ là bệnh lý viêm cơ đơn thuần.

Mối quan hệ giữa thể lâm sàng – rối loạn nhịp – suy bơm. Phân tích mối tương quan cho thấy: 66% bệnh nhân thể tối cấp có rối loạn nhịp thất; 53% nhóm này có PSTM <35%; 48% đồng thời có cả hai biến chứng. Ba yếu tố này tạo thành tam giác bệnh lý đặc trưng của viêm cơ tim tối cấp, thể hiện cùng một tiến trình bệnh lý: viêm cơ tim lan tỏa → tổn thương điện học → rối loạn nhịp → giảm co bóp → suy bơm. Từ góc độ lâm sàng, việc nhận diện đồng thời rối loạn nhịp thất kết hợp PSTM giảm ở bệnh nhân

ngghi ngờ viêm cơ tim là dấu hiệu cảnh báo thể tối cấp hay diễn tiến nặng và cần theo dõi tích cực tại đơn vị hồi sức tim mạch.

V. KẾT LUẬN

Trong quần thể 218 bệnh nhân viêm cơ tim cấp, rối loạn nhịp (71,1%), suy bơm (54,6%), và thể tối cấp (28,4%) là ba yếu tố có mối liên quan chặt chẽ. Rối loạn nhịp thất xuất hiện chủ yếu ở nhóm PSTM giảm nặng, và thể tối cấp thường đồng thời biểu hiện cả hai biến chứng này. Mối quan hệ giữa ba yếu tố này phản ánh mức độ lan tỏa của quá trình viêm và tổn thương cơ tim, có ý nghĩa quan trọng trong phân tầng nguy cơ, theo dõi và lựa chọn chiến lược điều trị sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Caforio AL, Pankuweit S, Arbustini E, et al.** Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J*. Sep 2013; 34(33):2636–48, 2648a–2648d. doi:10.1093/eurheartj/ehd210
2. **Lampejo T, Durkin SM, Bhatt N, Guttman O.** Acute myocarditis: aetiology, diagnosis and management. *Clin Med (Lond)*. Sep 2021;21(5): e505–e510. doi:10.7861/clinmed.2021-0121
3. **Cooper LT, Jr. Myocarditis. N Engl J Med.** Apr 9 2009;360(15): 1526–38. doi:10.1056/NEJMr0800028
4. **Kindermann I, Barth C, Mahfoud F, et al.** Update on myocarditis. *J Am Coll Cardiol*. Feb 28 2012; 59(9): 779–92. doi:10.1016/j.jacc.2011.09.074
5. **Pavlicek V, Kindermann I, Wintrich J, et al.** Ventricular arrhythmias and myocardial inflammation: Long-term follow-up of patients with suspected myocarditis. *Int J Cardiol*. Jan 1 2019; 274: 132–137. doi:10.1016/j.ijcard.2018.07.142
6. **Rosier L, Zouaghi A, Barré V, et al.** High Risk of Sustained Ventricular Arrhythmia Recurrence After Acute Myocarditis. *J Clin Med*. Mar 20 2020;9(3)doi:10.3390/jcm9030848
7. **Ammirati E, Frigerio M, Adler ED, et al.** Management of Acute Myocarditis and Chronic Inflammatory Cardiomyopathy: An Expert Consensus Document. *Circ Heart Fail*. Nov 2020;13(11): e007405. doi:10.1161/circheartfailure.120.007405
8. **McCarthy RE, 3rd, Boehmer JP, Hruban RH, et al.** Long-term outcome of fulminant myocarditis as compared with acute (nonfulminant) myocarditis. *N Engl J Med*. Mar 9 2000; 342(10): 690–5. doi:10.1056/nejm200003093421003
9. **Ammirati E, Veronese G, Brambatti M, et al.** Fulminant Versus Acute Nonfulminant Myocarditis in Patients With LPSTMT Ventricular Systolic Dysfunction. *J Am Coll Cardiol*. Jul 23 2019; 74(3): 299–311. doi:10.1016/j.jacc.2019.04.063
10. **Heymans S, Van Linthout S, Kraus SM, Cooper LT, Ntusi NAB.** Clinical Characteristics and Mechanisms of Acute Myocarditis. *Circ Res*. Jul 5 2024; 135(2): 397–411. doi:10.1161/circresaha.124.324674

ĐẶC ĐIỂM THAI PHỤ NHIỄM HBV VÀ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN VIÊM GAN VI RUS B TỪ MẸ SANG CON TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI PHÚ THỌ NĂM 2023

Bùi Thị Đến¹, Phạm Thái Hạ¹,
Phạm Thị Việt Dung², Tạ Thị Diệu Ngân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm thai phụ nhiễm HBV và thực trạng điều trị dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con tại Bệnh viện Sản Nhi Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu trên 194 hồ sơ bệnh án của thai phụ nhiễm HBV khám và sinh con năm 2023. **Kết quả:** Có 80,4% thai phụ mới được phát hiện nhiễm HBV trong lần mang thai này, chủ yếu ở 3 tháng cuối của thai kỳ, chiếm 60,8%. Chỉ có 33% (64/194) thai phụ được cho làm xét nghiệm HBV DNA. Trong số đó 24/64 (37,5%) thai phụ có HBV DNA dưới ngưỡng phát hiện, 34/64 (53,1%) có chỉ định điều trị kháng virus viêm gan B. Có 12/34 (35,2%) được điều trị TDF muộn, sau 28 tuần. Trẻ sau sinh có 90,2% được tiêm vắc-xin viêm gan B và 82,0% được tiêm HBIG trong 24 giờ đầu. Có 149/194 trẻ (76,8%) được thực hiện chuẩn tiêm vaccine và HBIG và 23,2% cặp mẹ con thực hiện dự phòng đạt chuẩn theo hướng dẫn. **Kết luận:** Tỷ lệ thực hiện chuẩn các biện pháp dự phòng lây truyền HBV từ mẹ sang con còn thấp, cần có sự phối hợp tốt giữa các chuyên khoa Sản – Truyền nhiễm – Nhi để nâng cao tỷ lệ phòng ngừa sớm lây truyền mẹ con.

Từ khóa: Thai phụ HBV, dự phòng lây truyền mẹ con, vắc xin viêm gan B, HBIG.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN INFECTED WITH HBV AND HBV PREVENTION TRANSMISSION FROM MOTHER TO CHILD AT PHU THO OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2023

Objective: Describe the characteristics of pregnant women infected with HBV and the current status of HBV prevention transmission from mother to child at Phu Tho Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Subjects and Methods:** Retrospective cross-sectional description on 194 medical records of pregnant women infected with HBV who came for examination and gave birth in 2023. **Results:** 80.4% of pregnant women were newly diagnosed with HBV infection during this pregnancy, mainly in the last trimester, accounting for 60.8%. Only 33% (64/194)

of pregnant women were tested for HBV DNA viral load. Of them, 24/64 (37.5%) had HBV DNA below the threshold of detection, and 34/64 (53.1%) were indicated for antiviral treatment for hepatitis B. 12/34 (35.2%) received TDF treatment late, after 28 weeks. Of the newborns, 90.2% received the hepatitis B vaccine and 82.0% received HBIG within the first 24 hours. 149 out of 194 infants (76.8%) received both the vaccine and HBIG according to standard procedures, and 23.2% of mother-child pairs received standard preventive measures as recommended.

Conclusion: The rate of adherence to standard preventive measures for mother-to-child transmission of HBV is still low. Better coordination between obstetrics, infectious disease, and pediatrics specialists is needed to improve the rate of early prevention transmission from mother to child.

Keywords: Pregnant women infected with HBV, prevention of mother-to-child transmission, hepatitis B vaccine, HBIG.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus B (VGVRB) mạn tính là bệnh truyền nhiễm gây ra gánh nặng lớn đối với sức khỏe cộng đồng và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến ung thư gan và xơ gan. Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ nhiễm HBV cao. Theo kết quả mô hình ước tính gánh nặng bệnh tật được Bộ Y tế (BYT) và WHO thực hiện năm 2017, ước tính Việt Nam có khoảng 7,8 triệu người nhiễm HBV mạn tính, với khoảng 80.000 trường hợp xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan.¹ Tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HBV dao động từ 9,5 - 13%.^{2,3}

Thai phụ nhiễm HBV có khả năng lây truyền HBV từ mẹ sang con rất cao, khoảng 90% trẻ bị nhiễm HBV từ mẹ lúc sơ sinh sẽ tiến triển thành VGVRB mạn tính, xơ gan và ung thư gan. Các biện pháp dự phòng bao gồm: Xét nghiệm sàng lọc, quản lý điều trị phụ nữ có thai nhiễm HBV và tiêm chủng vắc xin kèm huyết thanh cho trẻ ngay sau sinh, sẽ ngăn chặn 90% khả năng lây truyền từ mẹ sang con.⁴

Tại Việt Nam việc sàng lọc nhiễm HBV ở phụ nữ có thai và điều trị dự phòng lây truyền mẹ con vẫn chưa được quản lý chặt chẽ, do đó việc điều trị dự phòng lây truyền HBV cho phụ nữ trong thai kỳ còn bị muộn, chưa đúng theo phác đồ BYT, hoặc chưa sàng lọc HBV trong quá trình mang thai.⁵ Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ là

¹Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ

²Sở Y tế Phú Thọ

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: tadieungan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025