

khá tốt đối với bệnh nhân UTTQ khi không thể phẫu thuật bảo tồn, kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh của bệnh nhân, đặc biệt với các bệnh nhân UTTQ chưa có di căn hạch.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on cancer.** The Global Cancer Observatory Globocan 2020. World. 2021:1-2.
2. **International Agency for Research on cancer.** The Global Cancer Observatory Globocan 2020. Viet Nam. 2021:1-2.
3. **Võ Nguyễn Hoàng Khôi và Trần Minh Trường.** Nghiên cứu biến chứng sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2018; 22(1): 79-82.
4. **Sirin G, Sirin S.** Functional constipation as a neglected condition in laryngectomized patients. Turk J Gastroenterol. 2020 Feb;31(2):120-127. doi: 10.5152/tjg.2020.19887.
5. **Meulemans, J., Demarsin, H., Debacker, J., et al.** Functional Outcomes and Complications After Salvage Total Laryngectomy for Residual, Recurrent, and Second Primary Squamous Cell Carcinoma of the Larynx and Hypopharynx: A Multicenter Retrospective Cohort Study. Frontiers in Oncology. 2010; 10. doi:10.3389/fonc.2020.01390
6. **Galli A, Giordano L, Biafora M, et al.** Voice prosthesis rehabilitation after total laryngectomy: are satisfaction and quality of life maintained over time? Acta Otorhinolaryngol Ital. 2019 Jun;39(3):162-168. doi: 10.14639/0392-100X-2227.
7. **Trần Minh Trường, Nguyễn Kim Thảo, Võ Thị Em.** Chăm sóc bệnh nhân sau mổ cắt bỏ thanh quản toàn phần do ung thư. Tạp chí Y học TP.HCM. 2009; 13(1): 1-4.
8. **Christopher H. R., Bruce H. Haughev.** Total laryngectomy and laryngopharyngectomy. Cummings otolaryngology head and neck surgery. Fifth edition, volum 1, Mosby elsevier, Philadelphia;1578-1591.
9. **Islam, M. S., Kabir, M. S., Harun, M. A. A. Et al.** Outcome of Total Laryngectomy in Regional Hospitals of Bangladesh. Bangladesh Journal of Otorhinolaryngology. 2021; 27(2): 139-144. <https://doi.org/10.3329/bjo.v27i2.56360>.
10. **Antin F, Breheret R, Goineau A, et al.** Rehabilitation following total laryngectomy: Oncologic, functional, socio-occupational and psychological aspects. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2021 Jan;138(1):19-22. doi: 10.1016/j.anorl.2020.06.006.

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG NHỊP NHANH TRÊN THẤT Ở TRẺ EM TẠI KHOA CẤP CỨU - CHỐNG ĐỘC, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2021 - 2022

Ngô Anh Vinh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Huệ Linh<sup>2</sup>, Lê Ngọc Duy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cơn nhịp nhanh trên thất ở trẻ em tại khoa Cấp cứu - Chống độc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiền cứu kết hợp hồi cứu trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn nhịp nhanh trên thất tại khoa Cấp cứu - Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Nhóm tuổi  $\geq 1$  tuổi chiếm đa số (76%). Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ở trẻ  $< 5$  tuổi là kích thích quấy khóc và ăn kém (chiếm 64%), trong khi đó ở nhóm trẻ  $\geq 5$  tuổi là hồi hộp đánh trống ngực (76%) với sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Về triệu chứng thực thể: suy tim cấp, suy hô hấp cấp, gan to chủ yếu gặp ở nhóm  $< 1$  tuổi. Trên điện tâm đồ, hầu hết các trường hợp có QRS hẹp (chiếm tỉ lệ 94%) và thời gian QRS trung bình là  $71,2 \pm 21$ ms. Nồng độ NT-ProBNP

huyết thanh hầu hết đều tăng, chiếm 89,2% các trường hợp. Chức năng tim giảm chiếm 18,2% trường hợp và có sự khác biệt giữa 2 nhóm có sốc và không sốc ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** triệu chứng lâm sàng của cơn nhịp nhanh trên thất ở trẻ em đa dạng, không đặc hiệu và phụ thuộc vào lứa tuổi. Đa số bệnh nhân có phức bộ QRS hẹp trên điện tâm đồ và có sự gia tăng nồng độ NT-ProBNP ở bệnh nhân có cơn nhịp nhanh trên thất.

**Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, cơn nhịp nhanh trên thất, Bệnh viện Nhi Trung ương

### SUMMARY

#### SOME CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF SUPRAVENTRICULAR TACHYCARDIA IN CHILDREN AT THE EMERGENCY AND ANTI-TOXIC DEPARTMENT, VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL, PERIOD 2021-2022

**Objectives:** To describe some clinical and paraclinical characteristics of supraventricular tachycardia in children at the Emergency and Anti-toxic Department. **Research subjects and methods:** A prospective cross-sectional and retrospective description of 50 patients diagnosed with

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: vinhinc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.4.2023

Supraventricular tachycardia (SVT) at the Emergency and Anti-toxic Department, Vietnam National Children's Hospital. **Results:** The age group  $\geq 1$  year old accounted for the majority (76%). The most common functional symptoms in children  $< 5$  years old were irritability and poor appetite (accounting for 64%), while in the group of children  $\geq 5$  years old with palpitations (76%) with the difference between 2 groups had a statistical significance ( $p < 0.05$ ). Regarding physical symptoms: acute heart failure, acute respiratory failure, hepatomegaly are mainly seen in the group of  $< 1$  year old. On electrocardiogram, most cases have narrow QRS (94%) and average QRS time is  $71.2 \pm 21$ ms. Serum NT-ProBNP levels were mostly increased, accounting for 89.2% of cases. Decreased heart function accounted for 18.2% of cases and there was a difference between the 2 groups with shock and without shock ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The clinical symptoms of supraventricular tachycardia in children are varied, non-specific and depend on age. Most patients have a narrow QRS complex on the electrocardiogram and there is an increase in NT-ProBNP levels in patients with supraventricular tachycardia.

**Keywords:** clinical, paraclinical, supraventricular tachycardia, Vietnam National Children's Hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp tim là một bệnh lý thường gặp trong thực hành cấp cứu nhi khoa trong đó nhịp nhanh trên thất là loại rối loạn nhịp thường gặp nhất. Nhịp nhanh trên thất (NNTT) là rối loạn nhịp mà nguồn gốc gây ra xuất phát từ tầng trên thất bao gồm: tim nhanh vào lại nút nhĩ thất, tim nhanh trên thất do vòng vào lại đường dẫn truyền phụ nhĩ thất.

Cơ nhịp nhanh trên thất thường xuất khởi phát và kết thúc một cách đột ngột. Tỷ lệ mắc cơ nhịp nhanh trên thất ở trẻ em khoảng 1,03/1000/năm, và chiếm khoảng 79,6%-84% trong số rối loạn nhịp nhanh [1], [2], [3]. Ở trẻ em, triệu chứng của cơ nhịp nhanh trên thất thường mơ hồ không đặc hiệu và phụ thuộc vào lứa tuổi. Các triệu chứng thường gặp là nhịp tim nhanh, khó thở, đau ngực, quấy khóc, bỏ bú,..., nặng hơn là suy tim, sốc tim thậm chí dẫn tới tử vong nếu không được cấp cứu và xử trí kịp thời [2]. Theo Henning Clausen và cộng sự tỷ lệ nhịp nhanh trên thất trong tổng số bệnh nhân rối loạn nhịp tại khoa cấp cứu là 56% [4]. Tỷ lệ tử vong do cơ nhịp nhanh trên thất ở trẻ em dao động từ 0,1%-2,2% [5]. Vì thế, chẩn đoán sớm, chính xác cơ nhịp nhanh ở trẻ em tại khoa cấp cứu là rất quan trọng. Tuy nhiên, ở Việt Nam các nghiên cứu về đặc điểm của cơ nhịp nhanh trên thất ở trẻ em còn hạn chế. Để làm rõ vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô*

*tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cơ rối loạn nhịp nhanh trên thất ở trẻ em tại khoa Cấp cứu - Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2021 - 2022.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Là những trẻ được chẩn đoán rối loạn nhịp nhanh trên thất tại khoa Cấp cứu - Chống độc, Bv Nhi Trung ương.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Những trẻ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán cơ nhịp nhanh trên thất trên điện tâm đồ khi nhập viện tại khoa Cấp cứu - chống độc. Các tiêu chuẩn bao gồm:

+ Cơ nhịp nhanh trên thất QRS hẹp trên điện tâm đồ: Dựa theo khuyến cáo Hội tim mạch học Việt Nam 2010 [6].

+ Cơ nhịp nhanh trên thất QRS rộng: Chẩn đoán phân biệt với nhịp nhanh thất theo tiêu chuẩn Brugada [7].

- Độ tuổi: Từ 1 tháng đến 15 tuổi.

- Gia đình trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.** Những bệnh nhân được chẩn đoán cơ nhịp nhanh trên thất nhưng không ghi lại được điện tâm đồ.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Thực hiện tại khoa Cấp cứu - Chống độc, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 11/2021 đến tháng 11/2022.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.  
- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiến cứu kết hợp hồi cứu.

**2.3.2. Cỡ mẫu.** Sử dụng công thức tính cỡ mẫu áp dụng cho việc ước tính tỉ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu cần có.

$\alpha$ : Mức ý nghĩa thống kê.

$Z_{(1-\alpha/2)}$ : Hệ số tin cậy. Giá trị Z thu được từ bảng Z ứng với giá trị  $\alpha$  được chọn.

$p = 93,2\%$  là tỉ lệ trẻ rối loạn nhịp nhanh trên thất có QRS hẹp trên điện tâm đồ [2].

d: Độ chính xác mong muốn.

Chọn:  $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ . Chọn  $d = 0,07$ . Áp dụng công thức trên ta tính được  $n = 41$  là cỡ mẫu tối thiểu. Trên thực tế chúng tôi lựa chọn được 50 bệnh nhân, đáp ứng được tiêu chuẩn chọn mẫu.

#### 2.3.3. Cách thức tiến hành

- Bệnh nhân được chẩn đoán cơ nhịp nhanh trên thất nhập viện vào Khoa Cấp cứu - Chống độc, nghiên cứu viên tiến hành hỏi bệnh (tiền sử,

bệnh sử) sau đó khám lâm sàng và thực hiện các đánh giá cận lâm sàng. Cơ nhịp nhanh trên thất được bác sĩ chuyên khoa tim mạch chẩn đoán dựa trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo.

- Bệnh nhân được định lượng nồng độ NT-proBNP huyết thanh và siêu âm tim tại thời điểm có cơn nhịp nhanh trên thất.

**2.5. Các biến số nghiên cứu**

- Đặc điểm chung: giới tính (nam, nữ), tuổi (năm).

- Tiền sử bệnh.

- Triệu chứng lâm sàng: cơ năng, thực thể.

- Đặc điểm trên điện tâm đồ.

- Chức năng tim (EF), nồng độ NT-proBNP huyết thanh

**2.6. Xử lý số liệu.** Số liệu trong nghiên cứu

được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 22, được trình bày dưới dạng: số bệnh nhân (n) và tỉ lệ (%), trung bình và độ lệch chuẩn ( $X \pm SD$ ) đối với biến định lượng có phân bố chuẩn. Sử dụng test kiểm định Chi bình phương ( $\chi^2$ ) để so sánh các tỉ lệ. Sử dụng T-test để so sánh trung bình của 2 mẫu độc lập đối với phân bố chuẩn. Sử dụng Mann - Whiney test so sánh trung vị của 2 mẫu độc lập với phân phối không chuẩn.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu quan sát, mô tả không can thiệp vào quá trình chẩn đoán, điều trị của bệnh nhân. Các thông tin của bệnh nhân đảm bảo được giữ bí mật. Nghiên cứu đã được Hội đồng y đức của Bệnh viện Nhi Trung Ương phê duyệt và thông qua theo Quyết định số 1926 BVNTW - VNCSKTE ngày 22 tháng 08 năm 2022.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Chúng tôi lựa chọn được 50 bệnh nhân từ năm 2018 đến năm 2022 đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, trong đó có 10 bệnh nhân tiến cứu, 40 bệnh nhân hồi cứu.

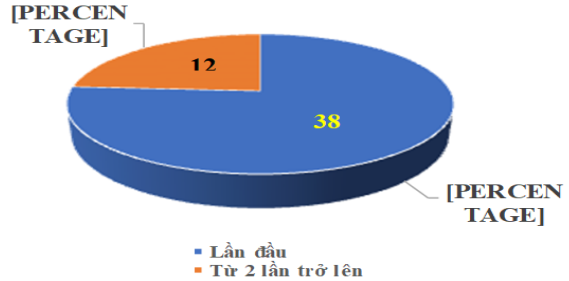
**Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi, giới**

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
< 1 tuổi	12	24%
Từ 1 tuổi - < 5 tuổi	13	26%
≥ 5 tuổi	25	50%
Tuổi trung bình ( $X \pm SD$ ) (năm) (Min - max)	5,66 ± 4,71 (1 tháng - 16 tuổi)	
Nam	30	60%
Nữ	20	40%
<b>Tổng</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** Tuổi trung bình là 5,66 ± 4,71, bệnh nhân nhỏ nhất là 1 tháng tuổi, lớn nhất là

16 tuổi. Chủ yếu tập trung ở nhóm trẻ ≥ 1 tuổi (76%). Về giới tính, nam nhiều hơn nữ với tỉ lệ nam/ nữ là 1,5/1.

**3.2. Đặc điểm cơn nhịp nhanh trên thất**



**Biểu đồ 1. Tiền sử mắc cơn NNTT**

**Nhận xét:** Tỉ lệ bệnh nhân bị cơn NNTT vào viện lần đầu là cao nhất chiếm 76%, còn lại có 24% bệnh nhân tái phát cơn NNTT.

**Bảng 2. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân NNTT theo nhóm tuổi (n=50)**

Triệu chứng	< 5 tuổi n (%)	≥ 5 tuổi n (%)	Tổng n (%)	p
Hồi hộp đánh trống ngực	2(8%)	19(76%)	19(42%)	<0,05
Mệt	6(24%)	12(48%)	18(36%)	>0,05
Đau tức ngực	2(8%)	15(60%)	17(34%)	<0,05
Kích thích quấy khóc	16(64%)	1(4%)	17(34%)	<0,05
Ăn kém	16(64%)	1(4%)	17(34%)	<0,05
Khó thở	3(12%)	10(40%)	13(26%)	<0,05
Buồn nôn, nôn	8(32%)	7(28%)	15(30%)	>0,05
Da tái	5(20%)	7(28%)	12(24%)	>0,05
Đau bụng	3(12%)	2(8%)	5 (10%)	>0,05
Vã mồ hôi	4(16%)	1(4%)	5 (10%)	>0,05
Triệu chứng khác	9(36%)	6(24%)	15(30%)	>0,05

**Nhận xét:** Với trẻ < 5 tuổi, triệu chứng kích thích quấy khóc và ăn kém chiếm tỉ lệ cao nhất (64%), ở nhóm trẻ ≥ 5 tuổi là hồi hộp đánh trống ngực (76%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3. Triệu chứng thực thể của bệnh nhân theo nhóm tuổi (n=50)**

Biểu hiện nặng	< 1 tuổi (n,%)	≥ 1 tuổi (n,%)	Tổng (n,%)	p
Dấu hiệu sốc	3(25%)	2(5,3%)	5(10%)	>0,05
Suy tim cấp	9(75%)	16(42,1%)	25(50%)	<0,05
Suy hô hấp	8(66,7%)	1(2,6%)	9(18%)	<0,05
Rối loạn ý thức	3(25%)	1(2,6%)	4(8%)	>0,05
Khó thở	8(66,7%)	14(36,8%)	22(44%)	>0,05

Gan to	4(33,3%)	3(7,9%)	7(14)	<b>&lt;0,05</b>
<b>Tổng</b>	12	38	50	

**Nhận xét:** Dấu hiệu suy tim cấp, suy hô hấp cấp, gan to trong cơn NNTT chủ yếu gặp ở nhóm dưới 1 tuổi (tỉ lệ lần lượt là 75%, 66,7% và 33,3%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Có 5 trường hợp (10%) có biểu hiện sốc.

**Bảng 4. Đặc điểm điện tâm đồ trong cơn NNTT**

Điện tâm đồ	Số bệnh nhân (n)		Tỉ lệ (%)
	QRS	Hẹp	47
Rộng		3	6%
Sóng P	Có	16	32%
	Không	34	68%
Tần số tim (chu kỳ/phút) X±SD (Min - max)	236 ± 33,6 (160 - 300)		
Thời gian QRS (ms) X±SD (Min - max)	71,2 ± 21 (40 - 180)		

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân NNTT có QRS hẹp chiếm tỉ lệ 94%, chỉ có 6% có QRS rộng và thời gian QRS trung bình là 71,2 ± 21ms. Có 32% có sóng P, còn lại 68% không có sóng P trên điện tâm đồ.

Nhịp tim trung bình là 236 ± 33,6 chu kỳ/phút, lớn nhất là 300 chu kỳ/phút, nhỏ nhất là 160 chu kỳ/phút. Không có sự khác biệt về nhịp tim trung bình ở nhóm có sốc và không sốc với  $p > 0,05$ .

**Bảng 5. Đặc điểm cận lâm sàng trong cơn NNTT ở nhóm có sốc và không sốc**

Xét nghiệm		Sốc n (%)	Không sốc n (%)	Tổng n (%)	p
NT-Pro BNP (pg/ml)	Tăng	3 (75,0%)	30 (90,9%)	33 (89,2%)	>0,05
	Bình thường	1 (25,0%)	3 (9,1%)	4 (10,8%)	
EF (%)	Giảm	3 (75,0%)	3 (10,3%)	6 (18,2%)	<0,05
	Bình thường	1 (25,0%)	26 (89,7%)	27 (81,8%)	

**Nhận xét:** Có 33 trường hợp (89,2%) tăng nồng độ NT-ProBNP. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm có sốc và không sốc ( $p > 0,05$ ). Có 6 bệnh nhân (18,2%) có EF giảm và có sự khác biệt giữa 2 nhóm có sốc và không sốc ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 50 bệnh nhân với tuổi trung bình tại thời điểm nhập viện là 5,59 ± 4,56 (năm). Số bệnh nhân trên 1 tuổi chiếm đa số với tỉ lệ 76%, trong đó

nhóm trẻ từ 5 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ khá cao với 50% tổng số bệnh nhân (Bảng 1). Tương tự các kết quả nghiên cứu nước ngoài khác cũng đều cho thấy tỉ lệ nhóm trên 1 tuổi chiếm tỉ lệ đáng kể [4], [8]. Về giới tính, trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nam nhiều hơn nữ, tương tự nghiên cứu của tác giả nước ngoài khác [3], [4].

#### 4.2. Đặc điểm cơn nhịp nhanh trên thất

**4.2.1. Đặc điểm lâm sàng.** Triệu chứng thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là hồi hộp đánh trống ngực với 21/50 bệnh nhân, chiếm 42%, sau đó là mệt (18/50 bệnh nhân, chiếm 36%), đau tức ngực, kích thích quấy khóc, ăn kém (đều có 17/50 bệnh nhân, chiếm 34%) và tiếp theo là buồn nôn (30%), da tái (24%) (Bảng 2). Các nghiên cứu nước ngoài cũng cho thấy triệu chứng hồi hộp đánh trống ngực là triệu chứng phổ biến nhất trong cơn NNTT. Theo tác giả Henning Clausen và cộng sự, triệu chứng hồi hộp đánh trống ngực chiếm 65%, sau đó là đau ngực (20%), mệt mỏi (18%) [4]. Theo Yoo Jung Jeon và cộng sự, triệu chứng đánh trống ngực là triệu chứng phổ biến nhất (67,4%), sau đó là triệu chứng đau ngực (46,5%), đau bụng (41,9%), nôn (20,9%) [9]. Tuy nhiên theo Bùi Gio An, triệu chứng thường gặp nhất là da tái (58%), sau đó là ăn kém (48%), thở nhanh (44%) [10]. Điều này cho thấy biểu hiện cơ năng của bệnh nhân NNTT rất đa dạng và không có triệu chứng đặc hiệu.

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về triệu chứng cơ năng giữa hai nhóm trẻ lớn ( $> 5$  tuổi) và trẻ nhỏ ( $< 5$  tuổi) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) (Bảng 2). Trong nhóm trẻ nhỏ dưới 5 tuổi, triệu chứng kích thích quấy khóc và ăn kém chiếm tỉ lệ cao nhất đều chiếm 64%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Bùi Gio An (ăn kém chiếm 60%) [10]. Ở nhóm trẻ lớn trên 5 tuổi triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là hồi hộp đánh trống ngực (76%), đau tức ngực (60%) và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm dưới 5 tuổi ( $p < 0,05$ ). Ở trẻ lớn, trẻ thường cảm nhận và mô tả một cách chính xác các triệu chứng như đau ngực, hồi hộp đánh trống ngực,... Vì thế, đây có thể là lí do giải thích cho sự khác biệt về triệu chứng cơ năng giữa nhóm trẻ lớn và trẻ nhỏ. Tương tự, các nghiên cứu khác cũng cho thấy ở trẻ lớn và người lớn, đánh trống ngực là triệu chứng phổ biến nhất [2], [10].

Từ bảng 3 cho thấy tỉ lệ biểu hiện suy tim cấp trong cơn NNTT chiếm 50%. Kết quả của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu của các tác giả Bùi Gio An là 14,29% và M Balaguer Gargallo là

23% [10]. Khác với các nghiên cứu trên, chúng tôi lấy tiêu chuẩn Ross sửa đổi để chẩn đoán suy tim. Đây là tiêu chuẩn được áp dụng phổ biến hiện nay và cho mọi lứa tuổi. Đặc biệt tiêu chuẩn này có giá trị chẩn đoán suy tim ở giai đoạn sớm, phù hợp với khoa Cấp cứu, là nơi tiếp nhận ban đầu cần đưa ra những chẩn đoán nhanh chóng và chính xác.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trẻ dưới 1 tuổi thường nhập viện trong tình trạng nặng với dấu hiệu suy tim (chiếm 75%) cao hơn so với trẻ  $\geq 1$  tuổi (42,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Bảng 3). Điều này tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Gio An [10]. Ở trẻ nhỏ, hệ thống tuần hoàn có khả năng bù trừ kém hơn so với trẻ lớn, liên quan đến sinh lý tuần hoàn theo lứa tuổi. Bên cạnh đó cơ tim trẻ nhỏ chứa nhiều nước và ít tế bào cơ tim nên khả năng co bóp cơ tim kém hơn. Đây có thể là nguyên nhân trẻ nhỏ dễ suy tim hơn so với trẻ lớn.

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân có biểu hiện khó thở chiếm 46%, trong đó có 9 bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp chiếm 18%. Biểu hiện suy hô hấp gặp ở nhóm dưới 1 tuổi chiếm 66,7% cao hơn nhóm trên 1 tuổi với 2,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Bảng 3). Ở trẻ nhỏ, trung tâm hô hấp chưa hoàn thiện, kích thích đường thở nhỏ, tổ chức phổi chưa hoàn toàn biệt hóa ít tổ chức đàn hồi và cơ liên sườn còn chưa phát triển đầy đủ. Vì thế tình trạng suy hô hấp ở trẻ nhỏ cũng diễn biến nhanh và nặng hơn so với trẻ lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp (chiếm 10%) có biểu hiện sốc. Ở trẻ dưới 1 tuổi, tỉ lệ sốc chiếm 25% cao hơn ở nhóm trẻ trên 1 tuổi (5,7%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng.** Trong nghiên cứu chúng tôi, tần số tim trung bình của bệnh nhân trên điện tâm đồ trong cơn nhịp nhanh là  $236 \pm 33,6$  chu kì/phút; nhịp tim lớn nhất là 300 chu kì/phút, nhỏ nhất là 160 chu kì/phút. Thời gian QRS trên điện tâm đồ trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là  $71,2 \pm 21$ (ms), thời gian QRS dài nhất là 180 ms, ngắn nhất là 40ms (Bảng 4). Trong đó đa số bệnh nhân NNTT có QRS hẹp trên điện tâm đồ, tương tự các nghiên cứu của tác giả khác [1], [2] [10]. Điều này được lí giải do nhịp nhanh trên thất thường có điểm khởi phát nhịp từ tầng nhĩ, nên cơ chế dẫn truyền xuống thất không thay đổi (ngoại trừ vòng vào lại nhĩ thất ngược chiều chiếm tỉ lệ nhỏ), nên phức bộ QRS sẽ không thay

đổi so với lúc không có cơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 18,2% trường hợp có giảm chức năng tim (EF) trên siêu âm tim. Tuy nhiên tỉ lệ chức năng tim giảm ở nhóm bệnh nhân có sốc cao hơn ở nhóm không sốc với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Bảng 5). Điều này cho thấy, tình trạng sốc của bệnh nhân có cơn nhịp nhanh trên thất ảnh hưởng rõ rệt đến chức năng tim.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 89,2% trường hợp có nồng độ NT-ProBNP huyết thanh tăng với giá trị trung bình nồng độ NT-ProBNP là  $7784 \pm 14285$  pg/ml tuy nhiên không có sự khác biệt giữa 2 nhóm có sốc và không sốc ( $p > 0,05$ ). (Bảng 5). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Văn Toàn ( $1250,8 \pm 1737$  pg/ml); Tarık Ocak ( $207,74 \pm 197,11$  pg/ml) [2]. Trong cơn NNTT, nồng độ NT-proBNP huyết thanh được phóng thích do sự gia tăng áp lực của buồng tim đặc biệt là tâm thất trái do nhịp tim quá nhanh. Theo chúng tôi, sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu có thể dẫn đến sự khác biệt này.

## V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá đặc điểm cơn nhịp nhanh trên thất trên 50 bệnh nhân tại Khoa Cấp cứu - Chống độc Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi đưa ra kết luận: triệu chứng lâm sàng của cơn nhịp nhanh trên thất ở trẻ em đa dạng, không đặc hiệu và phụ thuộc vào lứa tuổi. Về cận lâm sàng, đa số bệnh nhân có phức bộ QRS hẹp trên điện tâm đồ và nồng độ NT-ProBNP huyết thanh tăng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quattrocelli A, Lang J, Davis A, et al** (2018). Age makes a difference: Symptoms in pediatric supraventricular tachycardia, J Arrhythm. 34(5), pp. 565-571.
2. **Hoang Van Toan, Dang Thi Hai Van, Nguyen Thanh Hai** (2021). Clinical and subclinical characteristics of tachycardia in children at the National Children's Hospital. Journal of Pediatrics; 14 (1), 43-49.
3. **Massin MM, Benatar A and Rondia G** (2008). Epidemiology and outcome of tachyarrhythmias in tertiary pediatric cardiac centers, Cardiology. 111(3), pp. 191-6.
4. **Clausen H, Theophilos T, Jackno K, et al** (2012). Pediatric arrhythmias in the emergency department, Emerg Med J. 29(9), pp. 732- 737.
5. **Przybylski R, Michelson KA, Neuman MI, et al** (2021). Care of Children with Supraventricular Tachycardia in the Emergency Department, Pediatr Cardiol. 42(3), pp. 569-577.
6. **Hội Tim mạch học Việt Nam** (2010). Khuyến cáo 2010 của hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị một số rối loạn nhịp tim thường gặp. Nhà xuất bản Y học, TP Hồ Chí Minh, tr. 195-205.

7. **Brugada Joseph, Nico Blom, Georgia Sarquella-Brugada, et al** (2013), "Pharmacological and non-pharmacological therapy for arrhythmias in the pediatric population: EHRA and AEPC-Arrhythmia Working Group joint consensus statement", *Europace*. 15(9), tr. 1337-82. (7)
8. **Li Meiting Li Xiaomei, Ge Haiyan, et al** (2021). Evaluation of adenosine triphosphate in emergency cardioversion of paroxysmal supraventricular tachycardia in children, *Chinese Journal of Practical Pediatrics*. 36(13), pp. 990 -994.
9. **Jeon Y J, Kim S H, Lee J S, et al** (2019). Abdominal Pain as an Initial Manifestation of Paroxysmal Supraventricular Tachycardia in Children, *Iranian Journal of Pediatrics*. 29(2).
10. **Bùi Gio An, Võ Công Đồng** (2009). Đặc điểm chẩn đoán và điều trị cấp cứu rối loạn nhịp nhanh ở trẻ em nhập khoa cấp cứu bệnh viện nhi đồng 2. *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 1(13), tr. 114-120.

## HIỆU QUẢ CỦA BỘ SẢN PHẨM THỰC PHẨM CHỨC NĂNG AGELOC TR90 TRÊN MỘT SỐ CHỈ SỐ CƠ THỂ CỦA NGƯỜI THỪA CÂN, BÉO PHÌ NGUYÊN PHÁT

Vũ Minh Hoàn<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Tú<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của bộ sản phẩm TPCN ageLOC TR90 trên một số chỉ số cơ thể của người thừa cân, béo phì nguyên phát. **Đối tượng:** 60 đối tượng được chẩn đoán thừa cân, béo phì nguyên phát tại cộng đồng từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh kết quả trước sau. **Kết quả:** Sau 90 ngày sử dụng sản phẩm có sự thay đổi các chỉ số cơ thể đo bằng cân sức khỏe Tanita RD-953: Chỉ số mỡ cơ thể trung bình giảm  $2,38 \pm 2,04$  ( $p < 0,001$ ); Chỉ số mỡ nội tạng trung bình giảm  $1,03 \pm 1,4$  ( $p < 0,001$ ); Chỉ số tỷ lệ nước trung bình tăng  $1,48 \pm 2,37$  ( $p < 0,001$ ); Chỉ số khối lượng cơ trung bình tăng  $0,81 \pm 3,79$  ( $p > 0,05$ ); Chỉ số khối lượng xương giảm  $0,02 \pm 0,26$  ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** Nghiên cứu đã đánh giá được hiệu quả của bộ sản phẩm thực phẩm chức năng ageLOC TR90 trên một số chỉ số cơ thể của người thừa cân, béo phì nguyên phát (đo bằng cân sức khỏe Tanita RD-953).

**Từ khóa:** Bộ thực phẩm chức năng ageLOCTR90, thừa cân, béo phì

### SUMMARY

#### THE EFFECT OF THE AGELOC TR90 DIETARY SUPPLEMENT SET ON SOME BODY INDEXES OF PRIMARY OVERWEIGHT AND OBESITY PATIENTS

**Objective:** Evaluating the effectiveness of the ageLOC dietary supplement set on some body indexes of primary overweight and obese patients. **Subjects:** 60 patients diagnosed with being primary overweight and obesity in the community from January 2021 to

December 2022. **Methods:** Clinical intervention study, comparing results before and after treatment. **Results:** After 90 days of using the product, there was a change in body indexes measured by Tanita RD-953 health scale: average body fat index decreased by  $2.38 \pm 2.04$  ( $p < 0.001$ ); average visceral fat index decreased  $1.03 \pm 1.4$  ( $p < 0.001$ ); the average water ratio index increased by  $1.48 \pm 2.37$  ( $p < 0.001$ ); the average muscle mass index increased by  $0.81 \pm 3.79$  ( $p > 0.05$ ); The average bone mass index decreased by  $0.02 \pm 0.26$  ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** The study evaluated the effect of the ageLOC TR90 dietary supplement set on some body indexes of primary overweight and obese patients (measured by Tanita RD-953 health scale).

**Keywords:** ageLOCTR90 dietary supplement, overweight, obesity

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization-WHO) năm 2016 có hơn 1,9 tỷ người lớn từ 18 tuổi trở lên, bị thừa cân. Trong số này có hơn 650 triệu người béo phì [2]. Kết quả điều tra quốc gia về tình trạng dinh dưỡng của người trưởng thành Việt Nam cho thấy: Tỷ lệ người trưởng thành bị thừa cân béo phì tăng từ 6,6% năm 2005 lên 15,6% năm 2015. Đồng thời tỷ lệ người trưởng thành có tỷ lệ mỡ cơ thể cao có xu hướng tăng dần theo tuổi ở nữ cao hơn ở nam với tỷ lệ là 8,3%, 17,8%, 27,7%, 38,2% và 4,5%, 6,8%, 11,4%, 21,7% tương ứng với phụ nữ và nam giới ở 4 nhóm tuổi 25 – 34, 35 – 44, 45 – 54 và 55 – 64 tuổi [1]. Ngoài là yếu tố nguy cơ cao trong hội chứng chuyển hóa, mỡ cơ thể tăng cao làm tăng nguy cơ sự cố và làm trầm trọng thêm tình trạng đau khớp [3]. Để hỗ trợ cải thiện tình trạng thừa cân, béo phì rất nhiều sản phẩm thực phẩm chức năng (TPCN) đã được các công ty dược phẩm

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú

Email: thanhtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biên khoa học: 11.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023