

## NGHIÊN CỨU THAY ĐỔI CHẤT LƯỢNG SỐNG Ở BỆNH NHÂN ĐẶT MÁY TÁI ĐỒNG BỘ TIM

Kiều Ngọc Dũng<sup>1</sup>, Nguyễn Quốc Hoàng<sup>2</sup>,  
Võ Thái Duy<sup>2</sup>, Nguyễn Tri Thức<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Rất nhiều nghiên cứu đều thống nhất rằng nếu sử dụng tiêu chuẩn chọn bệnh phù hợp thì những bệnh nhân được đặt máy tái đồng bộ tim (CRT) trên bệnh nhân suy tim nhằm chỉnh sửa lại sự mất đồng bộ điện học tim và mất đồng bộ cơ học tim sẽ cải thiện chức năng tim, tiên lượng và chất lượng sống. Tuy nhiên, 30% bệnh nhân vẫn không đáp ứng với CRT thể hiện qua chất lượng sống. Đánh giá khảo sát sự cải thiện về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau CRT là vấn đề chưa được quan tâm đúng mức. **Mục tiêu:** Đánh giá sự cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đặt máy tái đồng bộ tim. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Toàn bộ bệnh nhân suy tim có chỉ định đặt CRT tại bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2015 đến hết năm 2018, được theo dõi ít nhất 3 tháng sau đặt máy. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả có so sánh, theo dõi ngắn hạn và cận thính. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Cỡ mẫu. Chọn mẫu thuận tiện, kết thúc nghiên cứu chúng tôi chọn được 38 bệnh nhân. **Kết quả:** 38 bệnh nhân suy tim có chỉ định đặt máy tái đồng bộ tim với 50% giới tính là nam và 36,8% số bệnh nhân được chẩn đoán là bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ và 63,2% bệnh nhân được chẩn đoán bệnh cơ tim giãn. Thang điểm chất lượng sống thay đổi sau 1, 2, 3 tháng lần lượt là  $42,5 \pm 12,9$ ;  $67,5 \pm 2,9$ ;  $81,2 \pm 7,8$  với  $p < 0,0001$ . Điểm chất lượng sống về thể chất, tinh thần và cả tổng điểm đều tăng dần sau 01 tháng và 03 tháng so với thời điểm sau 7 ngày. Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Sau 3 tháng đặt máy tái đồng bộ tim, ghi nhận: 81,6% số bệnh nhân đáp ứng với CRT; chất lượng sống của bệnh nhân tăng thêm 38,6 điểm (theo thang điểm chất lượng sống SF36); quãng đường đi bộ được trong 6 phút tăng thêm 30 mét. **Từ khóa:** suy tim, tái đồng bộ tim, chất lượng sống.

### SUMMARY

#### CHANGES IN QUALITY OF LIFE IN PATIENTS UNDERGOING CARDIAC RESYNCHRONISATION THERAPY

**Background:** many studies agree that, using appropriate selection criteria, patients are placed on cardiac resynchronization therapy (CRTs) with heart failure to correct cardiac electro-synchronization and cardiac dyssynchrony. Cardiac mechanics will improve

cardiac function, prognosis, and quality of life. However, 30% of patients remain unresponsive to CRT as demonstrated by quality of life. Evaluation of the improvement in the quality of life of patients after CRT is an issue that has not received enough attention. **Objective:** evaluation of the improvement in quality of life in patients with cardiac resynchronization. **Methods:** all heart failure patients with indications for CRT placement at Cho Ray hospital from 2015 to the end of 2018, were followed up for at least 3 months after implantation. Research design: A prospective, descriptive, comparative, and interventional study Sample size and sample selection Sample size Convenience sampling, at the end of the study, we selected 38 patients. **Result:** 38 patients with heart failure have indications for cardiac resynchronization with 50% male gender and 36.8% of patients diagnosed with ischemic cardiomyopathy and 63.2% of patients diagnosed dilated cardiomyopathy. The quality of life scale changed after 1, 2, 3 months was  $42.5 \pm 12.9$ , respectively;  $67.5 \pm 2.9$ ;  $81.2 \pm 7.8$  with  $p < 0.0001$ . The physical, mental and overall quality of life scores increased gradually after 1 month and 3 months compared to the time after 7 days. Statistically significant relationship. **Conclusion:** after 3 months of cardiac resynchronization, recorded: 81.6% of patients responded to CRT; the patient's quality of life increased by 38.6 points (according to the SF36 quality of life scale); walking distance in 6 minutes increases by 30 meters.

**Keywords:** heart failure, cardiac resynchronization, quality of life.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp, là hậu quả của những tổn thương thực thể hay rối loạn chức năng của tim dẫn đến tâm thất không đủ khả năng tiếp nhận máu (suy tim tâm trương) hoặc tổng máu (suy tim tâm thu)<sup>[10]</sup>

Điều trị suy tim đã chứng kiến những tiến bộ vượt bậc với hàng loạt các phát minh nổi bật, giúp nâng cao hiệu quả điều trị, gần đây, một khái niệm mới trong sinh lý bệnh suy tim được đề xuất gọi là tác động "điện - cơ", gây ra bất thường điện học tim và mất đồng bộ cơ bóp cơ tim, dẫn đến giảm thể tích nhát bóp và làm giảm cung lượng tim. Rất nhiều nghiên cứu đều thống nhất rằng nếu sử dụng tiêu chuẩn chọn bệnh phù hợp thì những bệnh nhân được đặt máy tái đồng bộ tim (CRT) nhằm chỉnh sửa lại sự mất đồng bộ điện học tim và mất đồng bộ cơ học tim sẽ cải thiện chức năng tim, tiên lượng và chất

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Dược Huế

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Kiều Ngọc Dũng

Email: kndung.22ncs007@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024

lượng sống<sup>[5]</sup>

Tuy nhiên, 30% bệnh nhân vẫn không đáp ứng với CRT và không cải thiện tình trạng suy tim<sup>[5]</sup>. Sự đáp ứng này cần được đánh giá trên nhiều phương diện. Đặc biệt, một trong những tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng với tái đồng bộ là sự cải thiện chất lượng cuộc sống sau đặt máy.

Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, CRT đã được triển khai từ năm 2008. Tuy nhiên nghiên cứu về CRT tại nước ta vẫn còn hạn chế. Đánh giá khảo sát sự cải thiện về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau CRT là vấn đề chưa được quan tâm đúng mức. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: "*Nghiên cứu thay đổi chất lượng sống ở bệnh nhân đặt máy tái đồng bộ tim*".

**Mục tiêu:** Đánh giá sự cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đặt máy tái đồng bộ tim.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng**

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả có so sánh, theo dõi ngắn hạn và can thiệp

**Cỡ mẫu và cách chọn mẫu**

**Cỡ mẫu.** Chọn mẫu thuận tiện, kết thúc nghiên cứu chúng tôi chọn được 38 bệnh nhân

**Cách chọn mẫu.** Chọn mẫu liên tục, tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn chọn vào trong thời gian từ tháng 9 năm 2015 - đến hết năm 2018.

Nghiên cứu chúng tôi chọn được 38 bệnh nhân.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu.** Trong số 38 trường hợp, có 19 bệnh nhân là nam giới (chiếm tỷ lệ 50%). Tuổi trung bình là 61,6 ± 13,7 năm (nhỏ nhất 17 tuổi; lớn nhất 81 tuổi). Bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm tỉ lệ 63,2%.

**Bảng 1: Đặc điểm về tiền căn bệnh lý tim mạch của bệnh nhân**

Đặc điểm	n	(%)
Tiền căn bệnh cơ tim	38	100
+ Bệnh cơ tim giãn nở	24	63,2
+ BCTTMCB	14	36,8

**Bảng 2: Chỉ định đặt CRT dựa trên điện tâm đồ**

Đặc điểm	Tần suất (n=38)	Tỷ lệ (%)
Blocc nhánh trái hoàn toàn	33	86,8
Không blocc nhánh trái điển hình	5	13,2

**Độ rộng QRS trước và sau đặt máy tái đồng bộ tim**

**Bảng 3: Độ rộng QRS trước và sau đặt CRT**

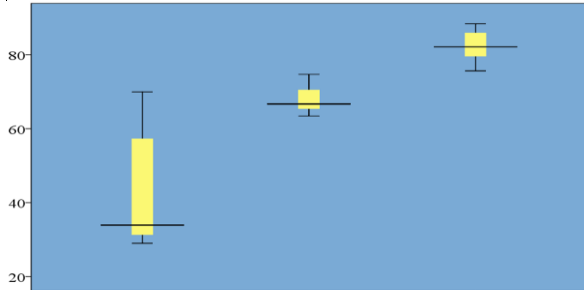
Độ rộng QRS	Trước CRT	Sau CRT	p (paired t-test)
QRS	160±17,2	126±28,7	< 0,001

**Hiệu quả điều trị suy tim của crt**

▪ **Hiệu quả của máy tái đồng bộ tim trên chất lượng sống của bệnh nhân:**

**Bảng 4: Chất lượng sống thể chất và tinh thần**

	Khi nhập viện (1)	Sau 01 tháng (2)	Sau 03 tháng (3)	p (paired t-test)
Chất lượng sống (điểm) (Trung bình cộng của chất lượng sống về thể chất và tinh thần)	42,5±12,9	67,5±2,9	81,2±7,8	p (1&2) <0,0001 p (1&3) <0,0001
Thay đổi điểm chất lượng sống		25±11,1 (+57%)	38,6±15,9 (+88%)	



**Tổng điểm chất lượng sống SF36 trước và sau đặt máy tái đồng bộ tim**

▪ **Hiệu quả của máy tái đồng bộ tim trên chức năng tim:**

**Bảng 5: Cải thiện phân độ suy tim NYHA trung bình sau 3 tháng đặt CRT**

NYHA	Trước CRT	Sau 3 tháng	Cải thiện	p
	3,26±0,44	2,42±0,64	0,84	<0,001

▪ **Hiệu quả của máy tái đồng bộ tim trên chất lượng sống:**

**Bảng 6: Chất lượng sống thể chất và tinh thần**

Chất lượng sống (điểm)	Trước CRT (1)	Sau 1 tháng (2)	Sau 3 tháng (3)	p (paired t-test)
	42,5 ± 12,9	67,5 ± 2,9	81,2 ± 7,8	p (1&2) <0,001 p (1&3) <0,001

▪ **Hiệu quả của máy tái đồng bộ tim trong việc cải thiện quãng đường đi được trong nghiệm pháp đi bộ 6 phút:**

**Bảng 7: Quãng đường đi được trong nghiệm pháp đi bộ trước và sau đặt CRT**

Nghiệm pháp	Trước	Sau 7	Sau 1	Sau 3	p
-------------	-------	-------	-------	-------	---

pháp đi bộ 6 phút (m)	CRT (1)	ngày (2)	tháng (3)	tháng (4)	(paired t-test)
	201,1 ± 60,9	209,9 ± 59,5	220,6 ± 61,3	235,5 ± 60,8	p (1&2) <0,001 p (1&3) <0,001 p (1&4) <0,001

▪ **Hiệu quả của máy tái đồng bộ tim trên diễn tiến suy tim:**

**Bảng 8: Phân suất tổng máu thất trái trước và sau đặt CRT**

Thông số	Trước CRT (1)	Sau 7 ngày (2)	Sau 1 tháng (3)	Sau 3 tháng (4)	p (paired t-test)
Phân suất tổng máu (%)	27,8 ± 6,3	33,4 ± 9,4	39,4 ± 10,0	43,0 ± 12,1	p (1&2) <0,001 p (1&3) <0,001 p (1&4) <0,001

▪ **Hiệu quả của máy tái đồng bộ tim trên tiên lượng bệnh nhân suy tim**

**Bảng 9: Số lần nhập viện trước và sau đặt CRT**

Hiệu quả điều trị	Số lần NV trong 3 tháng sau CRT			P
	0	1	2	
Số lần NV trong 03 tháng trước CRT	0 (23,92%)	1 (8,11%)	2 (11,25%)	<0,01
	1 (88,9%)	1 (11,1%)	0 (0%)	
	2 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	

**Tỉ lệ đáp ứng với máy tái đồng bộ tim**

**Bảng 10: Tỉ lệ đáp ứng với CRT dựa trên tiêu chuẩn cải thiện tối thiểu 1 phân độ suy tim NYHA**

Thông số	Số bệnh nhân	Sau 03 tháng
Cải thiện ≥ 1 phân độ suy tim NYHA	29	76,3%

#### IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi nghiên cứu được 38 bệnh nhân suy tim có chỉ định đặt máy tái đồng bộ tim với 50% giới tính là nam và 36,8% số bệnh nhân được chẩn đoán là bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ và 63,2% bệnh nhân được chẩn đoán bệnh cơ tim dẫn.

▪ **Sự cải thiện phân độ suy tim NYHA sau đặt máy tái đồng bộ tim.** Để đánh giá chất lượng sống sự cải thiện tình trạng suy tim thì cải thiện phân độ suy tim NYHA là tiêu chí thường được sử dụng nhất trong tất cả các nghiên cứu. Tổng kết từ nhiều nghiên cứu ghi nhận sau đặt CRT, 62-85% bệnh nhân sẽ cải thiện tối thiểu 1 phân độ suy tim NYHA<sup>[5]</sup>

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau 3 tháng, 76,3% bệnh nhân cải thiện ít nhất 1 phân độ suy tim NYHA. Nghiên cứu mù đôi, ngẫu nhiên, đối chứng COMPANION (2004)<sup>[2]</sup> so sánh đối chứng giữa hai nhóm bệnh nhân được điều trị nội khoa tối ưu và đặt CRT với tổng cộng 1520 bệnh nhân, được thực hiện trong 15 tháng. Các bệnh nhân trong nghiên cứu bị suy tim với phân suất tổng máu trung bình là 20% ở nhóm đặt CRT so với 22% ở nhóm điều trị nội. Kết quả sau 3 tháng, 55% bệnh nhân đặt máy CRT-P và 58% bệnh nhân đặt máy CRT-D sẽ cải thiện tối thiểu 1 phân độ suy tim NYHA. Nghiên cứu về máy tái đồng bộ tim tại Việt Nam của tác giả Phạm Như Hùng (2012) cho thấy sau 3 tháng và 6 tháng, 87,5% bệnh nhân sẽ cải thiện tối thiểu một phân độ suy tim NYHA. Nghiên cứu của Đỗ Kim Bảng (2017) cũng cho thấy sau 6 tháng, tối thiểu 82,7% bệnh nhân đặt CRT sẽ cải thiện 1 phân độ suy tim NYHA. Kết quả cải thiện tối thiểu 1 phân độ suy tim NYHA trong nghiên cứu của chúng tôi có phần hiệu quả hơn so với nghiên cứu COMPANION.

Các nghiên cứu và y văn đã chứng minh tất cả các yếu tố (không có ECG dạng bloc nhánh trái hoàn toàn, giới nam, lớn tuổi, suy tim do bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ) là các yếu tố bất lợi làm tăng tỉ lệ không đáp ứng với CRT. Điều này có thể lý giải tại sao tỉ lệ cải thiện tối thiểu 1 phân độ suy tim NYHA trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu COMPANION.

Tỉ lệ cải thiện 1 phân độ suy tim NYHA trong nghiên cứu của tác giả Phạm Như Hùng (2012) và Đỗ Kim Bảng (2017) cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy vậy, khi so sánh các yếu tố như trên thì ta thấy rõ, các yếu tố bất lợi, làm giảm tỉ lệ cải thiện phân độ suy tim NYHA đều cao hơn ở mẫu nghiên cứu của chúng tôi như: tỉ lệ bệnh nhân bị bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi (36,8% trong nghiên cứu của chúng tôi so với 8,6% trong nghiên cứu của tác giả Phạm Như Hùng và 6,25% trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Kim Bảng), tỉ lệ bệnh nhân bloc nhánh trái hoàn toàn thấp hơn (86,8% trong nghiên cứu của chúng tôi so với 100% so với các nghiên cứu còn lại). Điều này có thể giải thích tại sao tỉ lệ cải thiện tối thiểu 1 phân độ suy tim NYHA trong nghiên cứu của chúng tôi có phần thấp hơn.

▪ **Sự cải thiện khả năng gắng sức trong nghiệm pháp đi bộ 6 phút sau 3 tháng.** Nghiệm pháp đi bộ 6 phút là một nghiệm pháp đơn giản và có giá trị cao trong việc đánh giá khả

năng gắng sức và là tiêu chí quan trọng đánh giá hiệu quả lên chất lượng sống sau đặt CRT. Nghiên cứu chứng minh quãng đường đi được trong nghiệm pháp đi bộ 6 phút sẽ tiên lượng sống còn và đáp ứng CRT<sup>[5]</sup>. Hướng dẫn về cách thiết kế nghiên cứu ở bệnh nhân được đặt CRT của cơ quan Thuốc và Thực Phẩm Hoa Kỳ yêu cầu nghiên cứu phải được thiết kế nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả của CRT trên bệnh nhân suy tim. Sự cải thiện hiệu quả của CRT nên dựa trên các tiêu chí phối hợp nhằm đánh giá chất lượng sống, phân độ suy tim NYHA, quãng đường đi được trong nghiệm pháp đi bộ 6 phút. Vì vậy, hầu hết các nghiên cứu về máy tái đồng bộ tim đều quan tâm đánh giá khả năng gắng sức thông qua nghiệm pháp đi bộ 6 phút<sup>[4]</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 3 tháng, quãng đường đi được trong nghiệm pháp đi bộ 6 phút cải thiện tăng thêm 30m. Nghiên cứu PATH CHF II (2002) trên 86 bệnh nhân cho thấy sau 3 tháng đặt CRT, quãng đường đi bộ 6 phút của các bệnh nhân sẽ cải thiện 47 mét. Nghiên cứu của tác giả Dunker (2016)<sup>[3]</sup> trên 74 bệnh nhân cho thấy, sau 3 tháng, quãng đường đi bộ 6 phút của bệnh nhân sẽ cải thiện 34,8m. Trong nghiên cứu COMPANION (2004)<sup>[2]</sup> nghiên cứu trên 1520 bệnh nhân, sau 3 tháng, quãng đường đi được trong nghiệm pháp đi bộ 6 phút sẽ cải thiện thêm 33m ở nhóm đặt CRT-P và 44m ở nhóm đặt CRT-D. Theo Y văn, sau khi đã đặt CRT, quãng đường đi được trong nghiệm pháp đi bộ 6 phút sẽ cải thiện 25 - 46m sau thời gian theo dõi 3 tháng đến 2 năm. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với y văn và cũng tương đương với kết quả nghiên cứu như COMPANION<sup>[2]</sup>, CONTAK-CD<sup>[4]</sup> và nghiên cứu của Duncker, nhưng hơi thấp hơn so với nghiên cứu PATH CHF II. Sự tương đồng về kết quả này có thể do sự tương đồng về phân độ suy tim của bệnh nhân tham gia nghiên cứu, phân suất tống máu trung bình của bệnh nhân khi tham gia nghiên cứu. Phân độ suy tim NYHA của các bệnh nhân trong nghiên cứu COMPANION là  $3,1 \pm 0,3$ ; so với trong nghiên cứu của chúng tôi là  $3,26 \pm 0,44$ . Phân suất tống máu của bệnh nhân trong nghiên cứu của Dunker là  $28,1 \pm 6,7$  so với trong nghiên cứu của chúng tôi là  $27,8 \pm 6,3$ .

Sự khác biệt về quãng đường đi bộ 6 phút trong nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu PATH CHF II của tác giả Aurricchio có thể giải thích là do sự khác biệt về tiêu chuẩn chọn bệnh nhân vào mẫu nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có mức độ suy tim nặng hơn (70% NYHA III và 30% NYHA IV) với

phân độ NYHA trung bình là 3,26. So với nghiên cứu PATH CHF II của tác giả Aurricchio có 1/3 số bệnh nhân suy tim NYHA II với NYHA trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 2,4. Do mức độ suy tim của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nặng hơn nên quãng đường bệnh nhân có thể đi được ngắn hơn và mức độ cải thiện khả năng đi bộ sáu phút có phần chậm hơn.

▪ **Sự cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân sau đặt máy tái đồng bộ tim.** Chất lượng sống của bệnh nhân là một trong những tiêu chí quan trọng nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của một phương thức điều trị bất kì. Như đã bàn luận ở trên, chất lượng sống là một trong những tiêu chí được cơ quan Thuốc và Thực Phẩm của Hoa Kỳ đề nghị phải khảo sát khi đánh giá hiệu quả điều trị của CRT. Hầu hết các nghiên cứu ngẫu nhiên, đa trung tâm đều xem đánh giá chất lượng sống cải thiện như thế nào sau đặt máy tái đồng bộ tim là một trong các mục tiêu nghiên cứu quan trọng<sup>(4)</sup>

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau 3 tháng, tổng điểm chất lượng sống cải thiện gần 88% so với trước khi đặt máy tái đồng bộ tim. Trong phân tích tổng hợp từ các nghiên cứu MUSTIC, MUSTIC-AF, MIRACLE<sup>(9)</sup>, CARE-HF và COMPANION, sau đặt CRT với thời gian theo dõi từ 3 tháng đến 2 năm, các bệnh nhân đặt CRT sẽ cải thiện chất lượng sống trung bình 29% so với nhóm chứng.

Điểm chất lượng sống về thể chất, tinh thần và cả tổng điểm đều tăng dần sau 01 tháng và 03 tháng so với thời điểm sau 7 ngày, mối liên quan có ý nghĩa thống kê và chất lượng sống ở thời điểm 3 tháng trong nghiên cứu cũng tương đồng với các nghiên cứu trên.

▪ **Hiệu quả của máy tái đồng bộ tim trên hậu quả suy tim sau 3 tháng - cải thiện nhập viện và tử vong sau đặt máy tái đồng bộ tim.** Các nghiên cứu quan trọng đã chứng minh hiệu quả của CRT trong việc giảm nhập viện do suy tim và tử vong ở các bệnh nhân suy tim mạn phân suất tống máu giảm là nghiên cứu CARE-HF, COMPANION, REVERSE. Hiệu quả trên nhóm bệnh nhân suy tim nặng NYHA III-IV được chứng minh bởi nghiên cứu COMPANION. Hiệu quả trên nhóm bệnh nhân suy tim nhẹ hoặc trung bình (NYHA I-III) được chứng minh qua nghiên cứu MADIT-CRT<sup>(1)</sup>, RAFT<sup>(4)</sup>. Như vậy, CRT giúp giảm nhập viện và/hoặc tử vong ở mọi phân độ suy tim NYHA.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận bệnh nhân nào tử vong trong 3 tháng theo dõi. Tỷ lệ tái nhập viện giảm có ý nghĩa thống kê.

Sau 03 tháng có 32 bệnh nhân không nhập viện, so với 25 bệnh nhân không nhập viện trước đặt máy. Số lần nhập viện 2 lần trong vòng 03 tháng có giảm: trước nhập viện có 04 bệnh nhân phải nhập viện 2 lần trong vòng 3 tháng, sau đặt máy chỉ có 01 bệnh nhân phải nhập viện 2 lần trong vòng 3 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. ( $p \leq 0,01$ ). Tổng số lần nhập viện giảm còn 7 lượt trong 3 tháng so với 17 lượt trong 3 tháng trước khi đặt CRT (giảm 58,8%). Kết quả này của chúng tôi có phần vượt trội hơn so với y văn và các nghiên cứu đã bàn như REVERSE, MADIT-CRT, RAFT. Nhưng nhìn chung, tất cả các nghiên cứu đều tương đồng vì đều cho biết CRT sẽ giúp giảm nhập viện do suy tim.

## V. KẾT LUẬN

Sau 3 tháng đặt máy tái đồng bộ tim, ghi nhận: 81,6% số bệnh nhân đáp ứng với CRT; chất lượng sống của bệnh nhân tăng thêm 38,6 điểm (theo thang điểm chất lượng sống SF36); quãng đường đi bộ được trong 6 phút tăng thêm 30 mét.

## VI. KIẾN NGHỊ

Do giá thành của một máy tái đồng bộ tim vẫn còn cao so với thu nhập của người dân Việt Nam, nên có các chính sách chăm sóc sức khỏe nhân dân của chính phủ cũng như sự hỗ trợ tài chính của bảo hiểm y tế để nhiều bệnh nhân có thể tiếp cận được phương pháp điều trị này

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adabag S et al** (2011), "Cardiac Resynchronization Therapy in Patients With Minimal Heart Failure: A Systematic Review and

- Meta-Analysis", *Journal of the American College of Cardiology*, 58(9), pp.935-941
2. **Bristow M.R et al** (2004), "Cardiac Resynchronization Therapy with or without an Implantable Defibrillator in Advanced Chronic Heart Failure (COMPANION)", *The New England Journal of Medicine*, 350(21), pp. 2140-2150
3. **Duncker D et al** (2016), "First clinical evaluation of an atrial haemodynamic sensor lead for automatic optimization of cardiac resynchronization therapy", *Europace*, 18(5), pp.755-761
4. **Ellenbogen K.A** (2011), "Clinical cardiac pacing, defibrillation, and resynchronization therapy", Elsevier, 4th edition, pp. 279-297
5. **Ellenbogen K.A** (2017), "Clinical cardiac pacing, defibrillation, and resynchronization therapy", Elsevier, 5th edition, pp. 223-243
6. **Loring Z et al** (2013), "Left Bundle Branch Block Predicts Better Survival in Women Than Men Receiving Cardiac Resynchronization Therapy: Long-Term Follow-Up of 145,000 Patients", *JACC: Heart Failure*, 1(3), pp.237
7. **Moss A.J et al** (2009), "Cardiac-resynchronization therapy for the prevention of heart-failure events", *The New England Journal of Medicine*, 361(14), pp.1329-1338
8. **Phạm Như Hùng** (2012), "Điều trị bệnh nhân suy tim nặng bằng máy tạo nhịp tái đồng bộ tim". Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr.56-99
9. **Pires L.A et al** (2006), "Clinical predictors and timing of New York Heart Association class improvement with cardiac resynchronization therapy in patients with advanced chronic heart failure: results from the Multicenter InSync Randomized Clinical Evaluation (MIRACLE) and Multicenter InSync ICD Randomized Clinical Evaluation (MIRACLE-ICD) trials", *Am Heart J*, 151(4), pp.837-843
10. **Ponikowski P et al** (2016), ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, *Eur Heart J*, 37(27), pp.2129-2200

# THỰC TRẠNG MẮC COVID-19 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2021- 2022

Đỗ Nam Khánh<sup>1</sup>, Nguyễn Thuỳ Linh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu thực hiện nhằm đánh giá thực trạng mắc COVID-19 và một số yếu tố liên quan của sinh viên Trường Đại học Y Hà Nội năm 2021 - 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1253 sinh viên Trường Đại học Y Hà

Nội. **Kết quả:** Trong 1253 sinh viên tham gia nghiên cứu, tỷ lệ mắc COVID-19 là 575/1253 đối tượng (45,89%). Tỷ lệ mắc COVID-19 ở sinh viên năm thứ 2 (Y2) là cao nhất (57,22%), thấp nhất là sinh viên năm thứ 6 (Y6) chiếm 0,35%. Tỷ lệ sinh viên mắc COVID-19 tại nhà và tại cộng đồng chiếm tỷ lệ cao nhất (cùng chiếm 37,6%), không có trường hợp nào mắc COVID-19 khi đi chống dịch tại nơi mình sinh sống (0%). Các triệu chứng lâm sàng khi mắc COVID - 19 của các ĐTNC chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt bao gồm: Mệt mỏi/ yếu (87,31%), ho (85,94%), đau họng (85,82%), đau đầu (78,68%), sốt (76,54%). Các triệu chứng tiêu chảy, mất khứu giác, mất vị giác có tỷ lệ thấp nhất (lần lượt chiếm 15,57%, 15,54% và 12,45%). Số sinh viên đã tiêm phòng 3 mũi vắc - xin

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Nam Khánh

Email: donamkhanh@hmu.edu.com

Ngày nhận bài: 01.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023

Ngày duyệt bài: 8.01.2024