

khoa Hô hấp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, Luận văn thạc sỹ Điều dưỡng, Đại học Điều dưỡng Nam Định, Nam Định.

4. **Ngô Quý Châu và cộng sự** (2017). Bản dịch GOLD tiếng việt- Nhà xuất bản Y học.
5. **Nguyễn Tiến Hiệp** (2019). Thực trạng tuân thủ thuốc xịt định liều của người mắc bệnh Phổi tắc nghẽn mạn tính đang điều trị tại Bệnh viện Phổi

Trung ương năm 2019, Chuyên đề tốt nghiệp Chuyên khoa I, Đại học Điều dưỡng Nam Định, Nam Định.

6. **Nguyễn Ngọc Huyền và Nguyễn Thị Hoài** (2018) Thực trạng kiến thức và thực hành chăm sóc ở bệnh nhân bệnh Phổi tắc nghẽn mạn tính tại Thái Nguyên. Tạp chí Khoa học và Công nghệ, 177(01), tr 171-176.

GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG BIẾN CỐ RỐI LOẠN NHỊP CỦA THĂM DÒ ĐIỆN SINH LÝ TIM Ở NGƯỜI BỆNH BRUGADA KHÔNG TRIỆU CHỨNG

Phan Đình Phong^{1,2}, Lê Cao Khánh³, Phạm Như Hùng³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá khả năng dự báo biến cố rối loạn nhịp thất ở người bệnh Brugada không triệu chứng của phương pháp thăm dò điện sinh lý tim. **Kết quả:** Trong thời gian từ Tháng 5 năm 2018 đến tháng 6 năm 2023, có 63 người bệnh (60 nữ, 3 nam, tuổi trung bình 48 ± 13) hội chứng Brugada (điện tâm đồ dạng Brugada type 1 tự nhiên) chưa có triệu chứng được tiến hành thăm dò điện sinh lý tim với kỹ thuật kích thích thất phải theo chương trình tại 2 trung tâm tim mạch là Viện Tim mạch Việt Nam (bệnh viện Bạch Mai) và Bệnh viện Tim Hà Nội, trong đó có 15 người bệnh cho kết quả dương tính (kích thích thất theo chương trình gây được cơn rối loạn nhịp thất), chiếm tỉ lệ 24%. 11 người bệnh thuộc nhóm có kết quả dương tính đã được cấy máy phá rung tự động (máy ICD). Tất cả các bệnh nhân được theo dõi lâm sàng và kiểm tra lập trình ICD nếu có, thời gian theo dõi trung bình 30 ± 19 tháng. Quá trình theo dõi ghi nhận được có 4 người bệnh xảy ra biến cố rối loạn nhịp thất (3 người bệnh được máy ICD sốc điện và 1 người bệnh đột tử). Tất cả người bệnh xảy ra biến cố rối loạn nhịp đều thuộc nhóm thăm dò điện sinh lý tim dương tính. **Kết luận:** Thăm dò điện sinh lý tim với kích thích thất theo chương trình là phương pháp có giá trị dự báo biến cố rối loạn nhịp ở người bệnh Brugada không triệu chứng.

Từ khóa: hội chứng Brugada, thăm dò điện sinh lý tim, biến cố rối loạn nhịp

SUMMARY

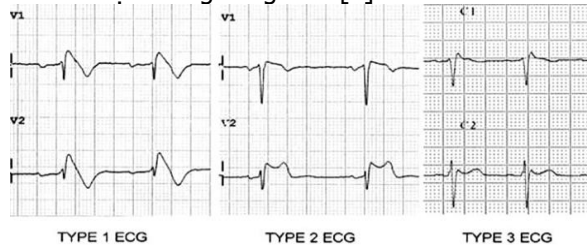
PROGNOSTIC VALUE ABOUT ARRHYTHMIC EVENTS OF PROGRAMMED ELECTRICAL STIMULATION IN ASYMPTOMATIC PATIENTS WITH BRUGADA SYNDROME

Aim: The aim was to evaluate the ability of programmed electrical stimulation (PES) to predict

future ventricular arrhythmia events in asymptomatic Brugada patients. **Result:** During the period from May 2018 to June 2023, 63 patients (60 males; 3 females; age mean, 48 ± 13) diagnosed with asymptomatic Brugada Syndrome (based on a documented spontaneous type 1 ECG) underwent programmed electrical stimulation at the Vietnam National Heart Institute and Hanoi Heart Hospital. Malignant ventricular arrhythmias (ventricular fibrillation and/or polymorphic ventricular tachycardia) were induced in 15 patients (24%), 11 patients in this group were implanted implantable cardioverter defibrillator (ICD), 4 were not. After a mean follow-up of 30 ± 19 months, 4 arrhythmic events occurred (3 patients experienced appropriate ICD shocks, and 1 died). All patients with fatal arrhythmic events were in the inducible group. **Conclusion:** Programmed electrical stimulation is a strong predictor of fatal arrhythmic events in asymptomatic patients with Brugada syndrome. **Keywords:** Brugada Syndrome, Programmed Electrical Stimulation, Arrhythmic events

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vào những năm đầu thập niên 90 của thế kỷ trước, anh em nhà Brugada là Josep Brugada, Pedro Brugada đã nhận thấy 4 trường hợp đột tử với biểu hiện điện tâm đồ giống nhau. Đến năm 1992, với bài báo mô tả về 8 trường hợp tương tự, được công bố trên tạp chí "The American College of Cardiology", họ đã mở ra cánh cửa nghiên cứu về một căn bệnh hoàn toàn mới, có tên là "Hội chứng Brugada".[1]



Hình 1. Điện tâm đồ Brugada

Hội chứng Brugada có 3 thể lâm sàng chính: (1) Thể có triệu chứng, bao gồm ngất hoặc đột đột tử, ngừng tim được cứu sống, có các cơn

¹Viện Tim mạch Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đình Phong

Email: phong.vtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024

khó thở hấp hối về đêm, thường xảy ra ban đêm do rối loạn nhịp thất. (2) Thể không triệu chứng: Sự hiện diện của điện tâm đồ Brugada và chưa ghi nhận các tiền sử như thể có triệu chứng. (3) Thể ẩn: Người bệnh mang đột biến gen nhưng không có dấu hiệu lâm sàng và điện tâm đồ Brugada.[2]

Đối với nhóm người bệnh có triệu chứng rối loạn nhịp thất nguy hiểm là nhóm người bệnh không cần các phương pháp phân tầng nguy cơ nào khác. Nhóm người bệnh này có chỉ định cấy máy phá rung tự động (Máy ICD).[3]

Đối với Hội chứng Brugada không triệu chứng, việc phân tầng nguy cơ chủ yếu dựa vào các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng như: Tuổi, giới, đặc điểm điện tâm đồ, tiền sử gia đình, xét nghiệm gen... Gần đây, các trung tâm tim mạch quan tâm nhiều đến phân tầng nguy cơ bằng phương pháp thăm dò điện sinh lý tim với nguyên lý kích thích thất phải qua đường ống thông theo chương trình (PES) nhằm gây các rối loạn nhịp thất nguy hiểm như rung thất hay tim nhanh thất đa hình thái, những bệnh nhân gây được loạn nhịp cần cân nhắc cấy ICD dự phòng đột tử do tim (chỉ định mức độ IIb [3]). Tuy nhiên, hiện vẫn còn tranh cãi về vai trò của PES, một số nghiên cứu cho rằng thăm dò điện sinh lý rất có giá trị tiên lượng [4]. Trong khi đó, một số nghiên cứu khác như FINGER [5] có kết luận ngược lại. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về Brugada và phân tầng nguy cơ chủ yếu đề cập đặc điểm lâm sàng, điện tâm đồ, xét nghiệm gen, chưa có các nghiên cứu đánh giá về giá trị tiên lượng các biến cố rối loạn nhịp của phương pháp thăm dò điện sinh lý tim. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài: "Giá trị dự báo biến cố rối loạn nhịp của phương pháp thăm dò điện sinh lý tim ở người bệnh Brugada không triệu chứng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các người bệnh được chẩn đoán Hội chứng Brugada (Điện tâm đồ Brugada Type 1 tự phát) không có triệu chứng được thăm dò điện sinh lý tim, kích thích thất theo chương trình tại Viện Tim mạch Việt Nam và Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 5/2018 đến tháng 6/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.2. Nghiên cứu được tiến hành qua các bước sau:

- Nhóm người bệnh Hồi cứu (từ tháng 5/2018 đến tháng 9/2022) qua hồ sơ bệnh án,

ghi nhận các thông tin về lâm sàng, điện tâm đồ, siêu âm tim, xét nghiệm máu cơ bản, biên bản thăm dò điện sinh lý tim. Phỏng vấn qua điện thoại hoặc hẹn tái khám, đánh giá các biến cố rối loạn nhịp xảy ra từ thời điểm thăm dò điện sinh lý tim đến tháng 8/2023.

- Nhóm người bệnh Tiến cứu, ghi nhận các thông tin về lâm sàng, điện tâm đồ, siêu âm tim, xét nghiệm máu cơ bản, biên bản thăm dò điện sinh lý tim. Phỏng vấn qua điện thoại hoặc hẹn tái khám, đánh giá các biến cố rối loạn nhịp từ thời điểm thăm dò điện sinh lý tim đến tháng 8/2023.

2.2.3. Thăm dò điện sinh lý tim và kích thích thất theo chương trình

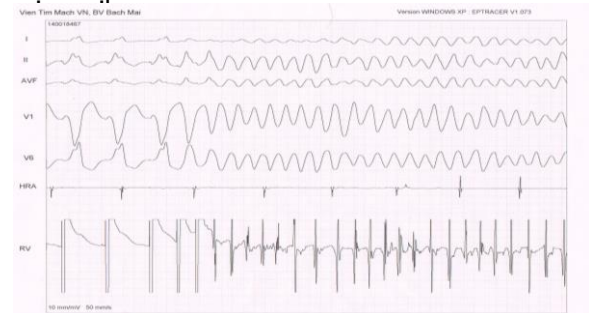
▪ Đo đạc các thông số dẫn truyền cơ sở: thời gian chu kỳ, khoảng PA, khoảng AH, độ rộng điện thế His, Khoảng HV, thời gian QRS...

▪ Kích thích thất theo chương trình: Trên cơ sở chu kỳ tạo nhịp thất cơ bản S1. Người bệnh được kích thích thất sớm bằng các xung bổ sung S2, S3, S4. Trong đó: S2 S3 S4 lần lượt là các xung kích thích thất bổ sung thứ nhất, thứ hai, thứ ba. Khoảng ghép nhỏ nhất là 180ms

▪ Vị trí kích thích sẽ được tiến hành lần lượt ở hai vị trí là đường ra thất phải và mỏm thất phải

▪ Khi xuất hiện rối loạn nhịp thất ở thời điểm nào thì sẽ dừng thủ thuật ở thời điểm đó, không tiến hành kích thích tiếp (hình 2).

▪ Ghi nhận vị trí kích thích gây rối loạn nhịp thất, số xung kích thích thất bổ sung gây cơn rối loạn nhịp thất, khoảng ghép nhỏ nhất gây rối loạn nhịp thất.



Hình 2. Thăm dò điện sinh lý tim, kích thích thất phải theo chương trình gây rung thất ở một bệnh nhân được nghiên cứu

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được của nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 5/2018 đến tháng 8/2023, có 63 người bệnh (60 nam, 3 nữ, tuổi

trung bình 48 ± 13) với chẩn đoán hội chứng Brugada không triệu chứng được tiến hành thăm dò điện sinh lý tim (42 người bệnh ở Viện Tim mạch Việt Nam và 21 người bệnh ở Bệnh viện Tim Hà Nội). Có 15 người bệnh thăm dò điện sinh lý gây được cơn rối loạn nhịp thất (chiếm tỉ lệ 24%), có 48 người bệnh thăm dò điện sinh lý không gây được cơn rối loạn nhịp thất (chiếm tỉ lệ 76%).

Bảng 1: Đặc điểm thăm dò điện sinh lý tim, kích thích thất theo chương trình

Thông số	Nhóm	Kết quả (n=15)
Vị trí kích thích gây cơn RLNT		n (%)
	Mỏ thất phải (RVA)	4 (26.7)
	Đường ra thất phải (RVOT)	11 (73.3)
Số xung kích thích bổ sung gây RLNT		n (%)
	1	5 (33.3)
	2	2 (13.3)
	3	8 (53.3)
		TB ± SD
Khoảng ghép tối thiểu (ms)		206 ± 24

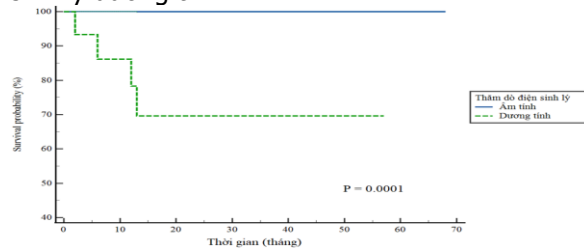
*RLNT: Rối loạn nhịp thất

Nhận xét: Vị trí kích thích gây cơn rối loạn nhịp thất (nhánh thất/rung thất) chủ yếu là ở vị trí đường ra thất phải (73.3%). Số xung kích thích bổ sung gây cơn rối loạn nhịp thất (nhánh thất/rung thất) nhiều nhất là 3 xung (53.3%). Khoảng ghép tối thiểu có giá trị thấp nhất gây rối loạn nhịp thất là 180ms.

Bảng 2: Đặc điểm biến cố rối loạn nhịp thất

Thông số	Nhóm	Có biến cố (n=4)	Không có biến cố (n=59)	p
		X ± SD	X ± SD	
Thời gian theo dõi (tháng)		8 ± 5	32 ± 19	0.01
		n (%)	n (%)	
Thăm dò điện sinh lý âm tính		0 (0)	47 (81.0)	0.01
Thăm dò điện sinh lý dương tính		4 (100)	11 (19.0)	

Nhận xét: Tất cả người bệnh xảy ra biến cố rối loạn nhịp thất đều thuộc nhóm thăm dò điện sinh lý dương tính.



Biểu đồ 1. Biểu đồ Kaplan – Meier về tỷ lệ biến cố giữa 2 nhóm Thăm dò điện sinh lý

dương tính và âm tính

Nhận xét: Có sự khác biệt về tỉ lệ xảy ra biến cố giữa 2 nhóm thăm dò điện sinh lý âm tính và dương tính với $p < 0.01$

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 63 người bệnh với độ tuổi trung bình là 48 ± 13 tuổi, người bệnh trẻ nhất là 20 tuổi, lớn tuổi nhất là 76 tuổi, nam giới có 60 người (chiếm 95.2%). Điều này cũng tương tự với các nghiên cứu về Brugada trên thế giới, độ tuổi trung bình xảy ra biến cố rối loạn nhịp đầu tiên khoảng từ 30-50 tuổi, và Hội chứng Brugada chủ yếu được chẩn đoán ở nam giới, tỉ lệ nam/nữ trong hội chứng này là 8-9/1.[6,7]

Giá trị của thăm dò điện sinh lý tim và kích thích thất theo chương trình trong phân tầng nguy cơ và cân nhắc chỉ định cấy máy phá rung ICD cho người bệnh Brugada hiện tại vẫn còn nhiều tranh cãi. Trong nghiên cứu đầu tiên của anh em nhà Brugada[4], trong nhóm 263 người bệnh không triệu chứng, tỉ lệ thăm dò điện sinh lý dương tính và âm tính lần lượt là 34.6% (91 người) và 65.4% (172 người), tỉ lệ xảy ra biến cố rối loạn nhịp thất ở nhóm dương tính và âm tính trong thời gian theo dõi sau đó lần lượt là 12.1% và 1.2%. Nghiên cứu kết luận thăm dò điện sinh lý tim là một phương pháp giúp dự báo biến cố rối loạn nhịp ở người bệnh Brugada. Tuy nhiên, trong nghiên cứu FINGER[5], ở 369 người bệnh không triệu chứng, tỉ lệ thăm dò điện sinh lý dương tính và âm tính lần lượt là 37.1% (137 người) và 62.9% (232 người). Không ghi nhận khác biệt về tỉ lệ xuất hiện biến cố rối loạn nhịp thất giữa 2 nhóm thăm dò điện sinh lý âm tính và dương tính (khá thấp, khoảng 1% ở mỗi nhóm). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ thăm dò điện sinh lý dương tính là 24%, thấp hơn so với hai nghiên cứu trên. Tuy nhiên trong quá trình theo dõi, tất cả người bệnh xảy ra biến cố rối loạn nhịp đều thuộc nhóm thăm dò điện sinh lý tim dương tính, trong đó có 3 người bệnh được máy ICD sốc điện và 1 người bệnh đột tử (người bệnh này không đồng ý cấy máy ICD mặc dù đã được các bác sĩ giải thích đầy đủ về chỉ định). Tất cả người bệnh thăm dò điện sinh lý tim âm tính đều chưa ghi nhận biến cố rối loạn nhịp. Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chưa nhiều và người bệnh vẫn cần tiếp tục được theo dõi lâu dài hơn để đánh giá sự xuất hiện các biến cố.

V. KẾT LUẬN

Thăm dò điện sinh lý tim với phương pháp

kích thích thất phải theo chương trình có giá trị dự báo biến cố rối loạn nhịp ở người bệnh Brugada không triệu chứng, giúp đưa ra quyết định có hay không cấy ICD dự phòng đột tử do tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sieira J, Brugada P. The definition of the Brugada syndrome. Eur Heart J. 2017;38(40): 3029-3034.
2. Malik BR, Ali Rudwan AM, Abdelghani MS, et al. Brugada Syndrome: Clinical Features, Risk Stratification, and Management. Heart Views. 2020;21(2):88-96.
3. Zeppenfeld K, Tfelt-Hansen J, de Riva M, et al. 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: Developed by the task force for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). European Heart Journal. 2022;43(40): 3997-4126.
4. Brugada P, Brugada R, Mont L, Rivero M, Geelen P, Brugada J. Natural history of Brugada syndrome: the prognostic value of programmed electrical stimulation of the heart. J Cardiovasc Electrophysiol. 2003;14(5):455-457.
5. Probst V, Veltmann C, Eckardt L, et al. Long-term prognosis of patients diagnosed with Brugada syndrome: Results from the FINGER Brugada Syndrome Registry. Circulation. 2010; 121(5):635-643.
6. Krahn AD, Behr ER, Hamilton R, Probst V, Laksman Z, Han HC. Brugada Syndrome. JACC Clin Electrophysiol. 2022;8(3):386-405.
7. Antzelevitch C, Brugada P, Borggrefe M, et al. Brugada syndrome: report of the second consensus conference: endorsed by the Heart Rhythm Society and the European Heart Rhythm Association. Circulation. 2005;111(5):659-670.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC VỀ BỆNH VIÊM GAN B CỦA SINH VIÊN CHUYÊN NGÀNH XÉT NGHIỆM TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG NĂM 2023

Phùng Thế Khang¹, Vương Thị Duyên¹, Phạm Minh Tuệ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát kiến thức về bệnh viêm gan B của sinh viên chuyên ngành xét nghiệm Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Tỷ lệ nam: nữ ở đối tượng nghiên cứu là xấp xỉ 2,5:1. Tỷ lệ sinh viên biết tác nhân gây bệnh viêm gan B là 84,4%. Kiến thức bệnh viêm gan B là bệnh truyền nhiễm chiếm tỷ lệ 83,3%. Đa số sinh viên đều biết cách phòng bệnh viêm gan là tiêm vaccin (92,2%). Một số sinh viên có kiến thức chưa đúng về nguyên nhân gây bệnh viêm gan B là do vi khuẩn 2,1%, do lần virus viêm gan C là 2,1% và do rượu là 11,3%. **Kết luận:** Cần tăng cường giáo dục truyền thông cho sinh viên về kiến thức liên quan bệnh viêm gan B. **Từ khóa:** viêm gan B

SUMMARY

SURVEY OF KNOWLEDGE ABOUT HEPATITIS B OF STUDENTS MAJOR IN TESTING AT HAI DUONG UNIVERSITY OF MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY IN 2023

Objective: Survey knowledge about hepatitis B

of students majoring in laboratory testing at Hai Duong University of Medical Technology in 2023. **Subjects and research methods:** cross-sectional description, convenience sampling. **Results:** The male:female ratio in the study subjects was approximately 2.5:1. The rate of students knowing the cause of hepatitis B is 84.4%. Knowledge that hepatitis B is an infectious disease accounts for 83.3%. Most students know that the way to prevent hepatitis is to get vaccinated (92.2%). Some students have incorrect knowledge about the cause of hepatitis B: 2.1% is caused by bacteria, 2.1% is caused by HCV virus and 11.3% is caused by alcohol. **Conclusion:** It is necessary to strengthen communication education for students about knowledge related to hepatitis B.

Keywords: hepatitis B

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan B là một bệnh truyền nhiễm rất phổ biến và nguy hiểm, là vấn đề y tế nghiêm trọng có tính chất toàn cầu. Với các thuốc hiện nay, y học chưa có khả năng điều trị triệt để loại bỏ hoàn toàn được virus ra khỏi cơ thể. Dù đã có vắc xin dự phòng hiệu quả từ năm 1982, mỗi năm vẫn có khoảng 600.000 ca tử vong trên thế giới do viêm gan B. Có khoảng 240 triệu người trên thế giới đang mắc viêm gan B mạn tính. Nếu không được theo dõi và khám định kỳ, 1/4 số người mắc viêm gan B mạn sẽ tử vong do ung thư gan hoặc suy gan. 80% người mắc viêm gan B mạn trên thế giới sống tại khu vực Tây Thái Bình Dương và Đông Nam Á [1].

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thế Khang
Email: phungthekhanghd@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.2.2024
Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024
Ngày duyệt bài: 12.4.2024