

6. **Ngoc, V.T.N., et al.**, The combination of adaptive convolutional neural network and bag of visual words in automatic diagnosis of third molar complications on dental x-ray images. *Diagnostics*, 2020. 10(4): p. 209.
7. **Machine, T.**, Train a computer to recognize your own images, sounds, and poses. 2023.
8. **Pan, H., et al.**, A new image recognition and classification method combining transfer learning algorithm and mobilenet model for welding defects. *Ieee Access*, 2020. 8: p. 119951-119960.
9. **Hyunja Jeong.** Feasibility Study of Google's Teachable Machine in Diagnosis of Tooth-Marked Tongue. *J Dent Hyg Sci* 2020; 20:206-12. Published online December 31, 2020; <https://doi.org/10.17135/jdhs.2020.20.4.206>. © 2020 Korean Society of Dental Hygiene Science.
10. **Trần Sinh Biên và cộng sự,** Ứng dụng teachable machine trong nhận diện khuôn mặt theo thời gian thực, *Journal of science & technology*, p.51, Vol. 59 - No. 1 (Feb 2023)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC THÔNG SỐ TẠO NHỊP CỦA BỆNH NHÂN BLOCC NHĨ THẤT CẤP III ĐƯỢC CẤY MÁY TẠO NHỊP HAI BUỒNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT NAM – THỤY ĐIỂN, UÔNG BÍ

Trần Song Giang¹, Hoàng Minh Quang²

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang trên 60 bệnh nhân (BN) blocc nhĩ thất cấp III được cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng ở bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển, Uông Bí với **mục tiêu:** "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các thông số tạo nhịp tim ở bệnh nhân blocc nhĩ thất cấp III được cấy máy tạo nhịp hai buồng tại bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển, Uông Bí". **Kết quả:** Tuổi trung bình 71,35±15,53; 62% là nữ. Bệnh đồng mắc hay gặp nhất là tăng huyết áp (39 BN), triệu chứng thường gặp là mệt (78,33%), chóng mặt(31,67%); tần số thất trung bình 43,95±12,25, 100% có QRS hẹp; Các thông số tạo nhịp ngay sau cấy bao gồm: ngưỡng tạo nhịp thất phải: 0,79±0,40V; điện trở: 704,06±207,78Ω; nhận cảm: 11,32±5,36 mV; ngưỡng tạo nhịp nhĩ: 1,06±0,39V; điện trở: 572,63±161,59Ω; nhận cảm: 3,81±2,58 mV. **Kết luận:** Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN blocc nhĩ thất cấp III được cấy máy tạo nhịp hai buồng ở Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển, Uông Bí tương đồng với nhiều nghiên cứu khác. Các thông số tạo nhịp tim sau đặt máy cho thấy kỹ thuật cấy máy tạo nhịp tim hai buồng của bệnh viện bước đầu đạt được kết quả tốt. **Từ khóa:** cấy máy tạo nhịp hai buồng, blocc nhĩ thất, Bệnh viện Việt Nam Thụy-Điển, Uông Bí.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS, AND PACING PARAMETERS OF PATIENTS WITH THIRD-DEGREE ATRIOVENTRICULAR BLOCK IMPLANTED WITH DUAL CHAMBER PACEMAKER AT VIETNAM-SWEDEN-UONG BI HOSPITAL

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển, Uông Bí, Quảng Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Song Giang

Email: trangiang1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

A cross-sectional study on 60 patients with third-degree atrioventricular block implanted with dual-chamber permanent pacemakers at Vietnam-Sweden-Uong Bi Hospital, with the **objective:** "To describe some clinical, laboratory characteristics and pacing parameters of patients with third-degree atrioventricular block, implanted with dual chamber pacemaker at Vietnam-Sweden-Uong Bi Hospital". **Results:** The mean age was 71,35±15,53 years old with 62% female. The most common comorbidity was hypertension (39 individuals), the most common symptoms were fatigue (78.33%), dizziness (31.67%); mean ventricular rate 43,95±12,25; 100% with narrow QRS; Right ventricular pacing threshold: 0.79±0.40, resistance voltage: 704.06±207.78Ω, sensing: 11.32±5.36 mV; Atrial pacing threshold: 1.06±0.39, resistance voltage: 572.63±161.59Ω, sensing: 3.81±2.58 mV. **Conclusion:** The clinical and laboratory characteristics of patients with third-degree atrioventricular block implanted with dual-chamber pacemakers at Vietnam-Sweden-Uong Bi hospital were quite similar to many other studies in Vietnam and around the world. Pacing parameters after implantation show that the hospital's pacemaker implantation technique initially achieved good results.

Keywords: dual chamber pacemaker implantation, atrioventricular block, Vietnam Sweden Hospital Uong Bi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Blocc nhĩ thất là một trong những rối loạn nhịp khá thường gặp trên lâm sàng. Blocc nhĩ thất có thể gây nên những triệu chứng trên lâm sàng như: choáng, ngất, chóng mặt, mệt, tức ngực khó thở. Nhịp chậm mức độ nặng cũng có thể ảnh hưởng đến huyết động như: giãn buồng tim, suy tim... thậm chí có thể gây tử vong¹. Blocc nhĩ thất có thể xảy ra ở người trẻ cũng như ở những bệnh nhân cao tuổi với nhiều bệnh lý nền.

Cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn, giúp cải thiện triệu chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống

và giảm tỷ lệ tử vong. Máy tạo nhịp vĩnh viễn loại 2 buồng thường được chỉ định cho các BN block nhĩ thất ¹. Các thông số tạo nhịp tim như: ngưỡng tạo nhịp tim, độ nhận cảm, trở kháng của dây điện cực sẽ ảnh hưởng đến hiệu quả tạo nhịp tim và thời gian hoạt động của máy tạo nhịp^{1,2}. Để đánh giá kết quả kỹ thuật cấy máy tạo nhịp tim 2 buồng và hiệu quả của phương pháp điều trị này tại Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các thông số tạo nhịp tim ở bệnh nhân block nhĩ thất cấp III được cấy máy tạo nhịp hai buồng tại bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển, Uông Bí."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Bao gồm 60 BN bị block nhĩ - thất cấp III được cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn 2 buồng tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển, Uông Bí từ 01/08/2022 đến 31/08/2023.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh lý van tim, các bệnh lý cơ tim (bệnh cơ tim giãn, bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim tắc nghẽn, bệnh tim do rượu, bệnh cơ tim chu sản), bệnh tim bẩm sinh, rung nhĩ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu cắt ngang với phương pháp chọn mẫu toàn bộ.

- Đối tượng lựa chọn là tất cả BN block nhĩ - thất cấp III được cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn 2 buồng tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển, Uông Bí từ 01/08/2022 đến 31/08/2023. BN tham gia nghiên cứu được hỏi bệnh, khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng, giải thích các nguy cơ và lợi ích. Sau khi đồng ý, được tiến hành cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn 2 buồng. Các thông số tạo nhịp của cả dây điện cực nhĩ và dây điện cực thất được kiểm tra bao gồm: ngưỡng tạo nhịp, độ nhận cảm và điện trở.

- Ngay sau cấy máy sẽ chọn ngẫu nhiên theo thứ tự khám để điều chỉnh 30 BN về chế độ tạo nhịp 1 buồng thất (VVIR), 30 BN còn lại vẫn giữ chế độ tạo nhịp 2 buồng (DDDR).

2.2.2. Xử lý số liệu:

- Các số liệu được xử lý trên máy tính theo chương trình Stata 15.1; IBM SPSS Statistics 20.

- Trong đề tài này chúng tôi ứng dụng để tính toán các thông số thực nghiệm như: trung bình thực nghiệm, phương sai, độ lệch chuẩn.

- Dùng test "t" để so sánh kết quả (trung bình ± độ lệch chuẩn) giữa các nhóm đối tượng nghiên cứu cần thiết.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu:

- Nghiên cứu được sự đồng ý thông qua của Hội đồng khoa học Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí.

- Chúng tôi luôn giải thích rõ ràng mục đích nghiên cứu cũng như lợi ích của nghiên cứu cho người bệnh và người nhà người bệnh.

- Người bệnh đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

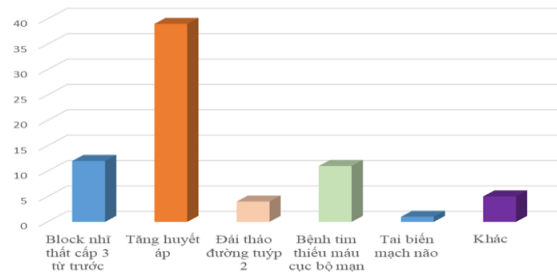
- Chúng tôi cam kết tiến hành nghiên cứu với tinh thần trung thực, đảm bảo bí mật tuyệt đối. Các vấn đề trong nghiên cứu không ảnh hưởng đến quyền lợi hay sức khỏe của người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm chung n=60
Tuổi (Năm) $\bar{X} \pm SD$		71,35±15,53
	≥60	48 (80%)
	<60	12 (20%)
Giới tính	Nữ n, (%)	37 (62%)
	Nam n, (%)	23 (38%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 71,35±15,53 tuổi. Trong đó 80% người bệnh từ 60 tuổi trở lên. Trong tổng số 60 người bệnh, nữ giới chiếm 62%, nam giới chiếm 38%.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Trong 60 trường hợp nghiên cứu có 14 trường hợp có tiền sử block nhĩ thất cấp III từ trước, 39 trường hợp tăng huyết áp, 4 trường hợp đái tháo đường tuýp 2, 11 trường hợp bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn, 5 trường hợp mắc các bệnh lý khác.

Bảng 3.2. Đặc điểm triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu trước cấy máy

Đặc điểm	Đối tượng nghiên cứu (n=60)
Ngất, n(%)	16 (26,67)
Mệt mỏi, n (%)	47 (78,33%)
Chóng mặt, n (%)	19 (31,67%)
Đau ngực, n (%)	13 (21,67%)

Khó thở, n (%)	10 (16,67%)
Hồi hộp trống ngực, n (%)	4 (6,67%)

Nhận xét: Trong 60 BN trước cấy máy thì biểu hiện lâm sàng hay gặp nhất là mệt mỏi (78,33%), tiếp đến là chóng mặt (31,67%), ngất (26,67%), chỉ có 6,67% thấy hồi hộp đánh trống ngực.

Bảng 3.3. Đặc điểm điện tâm đồ của đối tượng nghiên cứu trước cấy máy

Đặc điểm điện tâm đồ	Đối tượng nghiên cứu (n=60)
Tần số thất (nhịp/phút) $\bar{x} \pm SD$	43,95±12,25
Tần số nhĩ (nhịp/phút) $\bar{x} \pm SD$	71,71±7,01
Phức bộ QRS (bình thường, giãn rộng)	Bình thường (100%)

Nhận xét: Tần số thất của người bệnh trung bình là 43,95±12,25 nhịp/phút. Tần số nhĩ trung bình 71,71±7,01 nhịp/phút. 100% các trường hợp trước khi cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn có phức bộ QRS hẹp.

Bảng 3.4. Đặc điểm siêu âm tim của đối tượng nghiên cứu trước cấy máy

Các chỉ số siêu âm	Đối tượng nghiên cứu n=60 $\bar{x} \pm SD$
ĐK nhĩ trái (mm)	32,81±4,78
Dd (mm)	47,31±5,25
Ds (mm)	30,03±6,80
Fs (%)	37,40±8,45
EF (%)	65,86±10,80

Bảng 3.6. Thông số tạo nhịp sau cấy máy ở nhóm chuyển về chế độ VVIR (n=30).

Thông số tạo nhịp	Ngay sau cấy máy	Sau cấy máy 1 tuần	p
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
Ngưỡng tạo nhịp điện cực thất phải (V)	0,73±0,19	0,79±0,98	0,716
Điện trở điện cực thất phải (Ω)	705,40±209,38	622,33±159,46	0,001
Sóng nhận cảm điện cực thất phải (mV)	10,30±3,73	8,61±2,73	0,005

Nhận xét: Ở nhóm điều chỉnh về VVIR, điện trở điện cực thất phải, ngưỡng tạo nhịp thất phải trước khi ra viện đều giảm hơn so với ngay sau cấy máy, giảm có ý nghĩa với $p < 0,01$, ngưỡng tạo nhịp điện cực thất phải trước khi ra viện tăng không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

Bảng 3.7. Thông số tạo nhịp sau cấy máy ở nhóm giữ chế độ DDDR (n=30)

Thông số tạo nhịp	Ngay sau cấy máy	Sau cấy máy 1 tuần	p
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
Ngưỡng tạo nhịp thất phải (V)	0,85±0,54	0,77±0,46	0,002
Điện trở điện cực thất phải (Ω)	702,73±209,74	654,20±154,22	0,008
Sóng nhận cảm điện cực thất phải (mV)	12,43±6,52	10,22±4,37	0,006
Ngưỡng tạo nhịp nhĩ phải (V)	1,07±0,38	0,88±0,29	0,001
Điện trở điện cực nhĩ phải (Ω)	598,26±172,72	566,67±170,40	0,006
Sóng nhận cảm điện cực nhĩ phải (mV)	5,17±5,15	3,96±2,73	0,130

Nhận xét: Ở nhóm giữ DDDR, thông số tạo nhịp thất gồm ngưỡng tạo nhịp thất phải, điện trở điện cực thất phải, sóng nhận cảm điện cực thất phải trước khi ra viện đều giảm hơn so với

Áp lực ĐM phổi (mmHg)	32,03±10,36
-----------------------	-------------

Nhận xét: Có 7 trường hợp đường kính nhĩ trái ≥ 40 mm, 16 trường hợp đường kính thất trái thì tâm trương (Dd) > 50 mm, 4 trường hợp phân suất tổng máu thất trái dưới 50%, 24 trường hợp tăng áp lực động mạch phổi nhẹ từ 30-50 mmHg, 4 trường hợp tăng áp lực động mạch phổi vừa.

Bảng 3.5. Đặc điểm thông số tạo nhịp của đối tượng nghiên cứu sau cấy máy

Thông số tạo nhịp	Ngay sau cấy máy
	n=60 $\bar{x} \pm SD$
Ngưỡng tạo nhịp thất phải (V)	0,79±0,40
Điện trở điện cực thất phải (Ω)	704,06±207,78
Sóng nhận cảm điện cực thất phải (mV)	11,32±5,36
Ngưỡng tạo nhịp nhĩ phải (V)	1,06±0,39
Điện trở điện cực nhĩ phải (Ω)	572,63±161,59
Sóng nhận cảm điện cực nhĩ phải (mV)	3,81±2,58

Nhận xét: Về tạo nhịp thất phải có 7 trường hợp điện trở điện cực thất phải $> 1000 \Omega$, không có trường hợp nào ngưỡng tạo nhịp điện cực thất phải $> 1,0$ V, có 4 trường hợp sóng nhận cảm điện cực thất phải dưới 5 mV. Về tạo nhịp nhĩ phải có 1 trường hợp điện trở điện cực nhĩ phải $> 1000 \Omega$, không có trường hợp nào ngưỡng tạo nhịp điện cực nhĩ phải $> 1,5$ V, có 5 trường hợp sóng nhận cảm điện cực nhĩ phải $< 1,5$ mV.

ngay sau cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn, giảm có ý nghĩa ($p < 0,05$). Thông số tạo nhịp nhĩ gồm ngưỡng tạo nhịp nhĩ phải, điện trở điện cực nhĩ phải trước khi ra viện đều giảm hơn so với ngay

sau cấy máy, giảm có ý nghĩa ($p < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân block nhĩ thất được cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng

- **Đặc điểm tuổi, giới:** Trong nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam, tuổi trung bình của BN cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn thường từ 60 đến 70 tuổi. Nghiên cứu của Katarzyna Iwańska và cs cho thấy tuổi trung bình BN cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn là $79,8 \pm 6,3$ tuổi³. Mordehay Vaturi và cs cho thấy tuổi trung bình cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn là 78 ± 12 tuổi⁴. Trong khi đó ở nghiên cứu của Grace Lin và cs thì tuổi trung bình là 70 ± 10 tuổi⁵. Ở Việt Nam, trong nghiên cứu của Tạ Tiến Phước, tuổi trung bình cấy máy là $61,56 \pm 18,12$ tuổi⁶, nghiên cứu của Phạm Như Hùng và Trương Quang Việt cũng cho kết quả tương tự là $61,19 \pm 14,95$ tuổi⁷.

Đối tượng của chúng tôi là BN chủ yếu thuộc phạm vi tỉnh Quảng Ninh và một số vùng lân cận, cũng cho kết quả tương đương với tuổi trung bình BN cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn là $71,35 \pm 15,53$ tuổi (trong đó cao nhất là 97 tuổi và thấp nhất là 18 tuổi). Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy, 80% người bệnh cấy máy tạo nhịp ở độ tuổi ≥ 60 tuổi, chỉ 20% BN < 60 tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả nữ giới chiếm tỷ lệ lớn hơn là 62%, nam giới là 38%. Điều này cũng khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Như Hùng, Trương Quang Việt ở Hà Nội, với 62,4% người bệnh là nữ và 37,6% là nam giới. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ nữ giới trong số BN cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn có phần nhỉnh hơn so với số nam giới⁹.

- **Tiền sử bệnh đồng mắc:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 39/60 BN có tiền sử tăng huyết áp, tỷ lệ BN với bệnh đồng mắc như Đái tháo đường, bệnh mạch vành mạn tính cũng chiếm tỷ lệ đáng kể. Với độ tuổi trung bình hơn 70 tuổi, trong đó phần lớn là người bệnh 60 tuổi trở lên, có thể giải thích cho kết quả này.

- **Triệu chứng lâm sàng.** Triệu chứng lâm sàng trước cấy máy thường gặp nhất ở BN block nhĩ thất là mệt (78,33%), tiếp đến là chóng mặt (31,67%). Một số triệu chứng khác có tỷ lệ ít hơn như đau ngực (21,67%), khó thở (16,67%), và đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 26,67% BN có ngất. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đoàn Chí Thăng ở Bệnh viện Trung ương Huế năm 2019 và cũng

như nhiều nghiên cứu trên thế giới, đó là những triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân block nhĩ thất phải cấy máy tạo nhịp.

- **Đặc điểm điện tim.** Chúng tôi tiến hành phân tích một số đặc điểm cơ bản trên điện tim của các BN block nhĩ thất cấp III được cấy máy tạo nhịp hai buồng. Kết quả cho thấy tần số thất trung bình của các BN nghiên cứu là $43,95 \pm 12,25$, tương tự với nghiên cứu ở bệnh viện Trung ương Huế là $42,59 \pm 6,56$ ⁸. Đáng chú ý, trong nghiên cứu của chúng tôi 100% BN có điện tim với QRS hẹp mà không có BN block nhĩ thất với QRS rộng trên 120 ms. QRS hẹp ở BN block nhĩ thất cấp III là yếu tố tiên lượng tốt hơn so với QRS rộng do ít xảy ra các biến chứng nguy hiểm như rối loạn nhịp thất hay rối loạn huyết động trầm trọng.

- **Đặc điểm siêu âm tim.** Khi nghiên cứu một số đặc điểm cơ bản trên siêu âm tim của các đối tượng nghiên cứu, chúng tôi thu được kết quả trung bình các chỉ số cơ bản như đường kính thất trái, nhĩ trái, thất phải, phân suất tống máu thất trái đều trong giới hạn bình thường. Điều này có thể giải thích là đa số BN trong nghiên cứu của chúng tôi không có suy tim, hay các bệnh lý tim thực tổn khác. Tuy nhiên, xem xét cụ thể hơn chúng tôi cũng thấy có 7 trường hợp đường kính nhĩ trái ≥ 40 mm, 16 trường hợp đường thất trái thì tâm trương (Dd) > 50 mm, 4 trường hợp phân suất tống máu thất trái dưới 50%, 24 trường hợp tăng áp lực động mạch phổi nhẹ từ 30-50 mmHg và 4 trường hợp tăng áp lực động mạch phổi vừa. Các trường hợp này có thể gây khó khăn hơn cho thủ thuật cấy máy cũng như tiên lượng không tốt bằng các trường hợp có chỉ số siêu âm tim bình thường.

Một số đặc điểm về các thông số tạo nhịp của bệnh nhân block nhĩ thất được cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng

Kết quả kiểm tra ngay sau cấy máy của các BN cho thấy các chỉ số tạo nhịp cơ bản như ngưỡng tạo nhịp, điện trở dây tạo nhịp hay nhận cảm nhĩ, thất đều trong giới hạn cho phép. Một số ít trường hợp có chỉ số tạo nhịp ngay sau cấy máy chưa tốt như điện trở dây điện cực cao, độ nhận cảm thấp dù chúng tôi đã cố gắng thử ở một số vị trí cũng như tối ưu hoá về kĩ thuật. Tuy vậy các trường hợp này sau một thời gian theo dõi đều cho kết quả tạo nhịp tốt. Theo nghiên cứu của tác giả Psychari và cộng sự về sự mất đồng bộ do tạo nhịp thất phải có thể làm tăng nguy cơ suy tim⁹. Khi so sánh chức năng thất trái, tính đồng bộ và kích thước nhĩ trái cùng với mức NT-proBNP ở 2 chế độ tạo nhịp khác nhau:

AAIR so với DDDR trên 60 BN mắc hội chứng suy nút xoang, chức năng thất trái được bảo tồn và dẫn truyền nhĩ thất bình thường. Mỗi chế độ tạo nhịp kéo dài ít nhất 2 tháng ở từng BN, sau đó, các BN được chuyển sang chế độ tạo nhịp thay thế.

V. KẾT LUẬN

Các thông số tạo nhịp tim sau đặt máy ổn định, cho thấy kỹ thuật cấy máy tạo nhịp tim hai buồng của bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển bước đầu đạt được kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Glikson M, Nielsen JC, Kronborg MB, et al.** ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: Developed by the Task Force on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA). *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2022;75(5):430. doi:10.1016/j.rec.2022.04.004
2. **Trần Văn Đông, Lê Văn Tuấn.** Cấy máy tạo nhịp tim. *Tim mạch can thiệp*. Nhà xuất bản y học. 2022;Tr 1391.
3. **Iwańska K, Gworys P, Gawor Z.** Prognostic value of NT-proBNP levels in patients undergoing permanent pacemaker implantation. *Pol Arch Med Wewn*. 2010;120(4):120-126.
4. **Vaturi M, Kusniac J, Shapira Y, et al.** Right ventricular pacing increases tricuspid regurgitation grade regardless of the mechanical interference to the valve by the electrode. *Eur J Echocardiogr*. 2010;11(6):550-553. doi:10.1093/ejehoccard/jeq018
5. **Lin G, Nishimura RA, Connolly HM, Dearani JA, Sundt TM, Hayes DL.** Severe symptomatic tricuspid valve regurgitation due to permanent pacemaker or implantable cardioverter-defibrillator leads. *Journal of the American College of Cardiology*. 2005;45(10):1672-1675. doi:10.1016/j.jacc.2005.02.037
6. **Tạ Tiên Phước.** Investigate the Techniques and the Hemodynamic Changing of Pacemaker Implantation. The Thesis of PhD Degree Graduation. 103 Military Medicine University; 2005.
7. **Phạm Như Hùng, Trần Quang Việt.** Ảnh Hưởng Của NT-Pro BNP Lên Ngưỡng Tạo Nhịp ở NB Suy Nút Xoang Được Cấy Máy Tạo Nhịp 2 Buồng. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam số Đặc biệt-Tháng 12/2021*; 2008.
8. **Thắng ĐC, Sơn - NL, Anh MX.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân trước và sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng tại Bệnh viện Trung ương Huế. *TC Tim mạch học VN*. 2021;(98):74-82. doi:10.58354/jvc.98.2021.97
9. **Psychari SN, Apostolou TS, Iliodromitis EK, Charalampopoulos A, Kremastinos DT.** DDDR pacing results in left ventricular asynchrony with preservation of ejection fraction and NT-proBNP: A prospective study in sick sinus syndrome and normal ventricular function. *International Journal of Cardiology*. 2010;144(2):310-312. doi:10.1016/j.ijcard.2009.03.017

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TERATOMA BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Đỗ Thị Hải Yến¹, Nguyễn Thị Như Ngọc², Nguyễn Tuấn Minh¹, Tăng Văn Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật teratoma buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 252 bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2022, có kết quả giải phẫu bệnh là teratoma buồng trứng. **Kết quả:** Thời điểm phẫu thuật: mổ phiên 95,6%; mổ cấp cứu 4,4%. Tỷ lệ mổ nội soi, mổ mở, nội soi chuyển mổ mở lần lượt 96,4%; 2,8%; 0,8%. Bóc u chiếm 90,4%, cắt phần phụ 1 bên, cắt phần phụ 2 bên, cắt tử cung và phần phụ chiếm tỉ lệ lần lượt là 4,4%, 2,8% và 2,4%. Bệnh nhân ≤45 tuổi phẫu thuật bóc u là chủ yếu

(96,5%). Bệnh nhân >45 tuổi phẫu thuật bóc u chiếm 27,3%. Bệnh nhân mãn kinh có khả năng mổ cắt buồng trứng cao hơn gấp 67,8 lần so với nhóm còn lại. Tỷ lệ bóc u ở các nhóm kích thước u <50mm, từ 50-100mm, >100mm lần lượt là: 93,6%, 91,6% và 80,0%. **Kết luận:** Teratoma buồng trứng thường gặp trong độ tuổi sinh đẻ và thường không có triệu chứng điển hình. Phẫu thuật nội soi ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong xử trí teratoma buồng trứng. Hướng xử trí trong mổ phụ thuộc nhiều vào tuổi bệnh nhân và tính chất u trong mổ. **Từ khóa:** u buồng trứng, teratoma, phẫu thuật nội soi,...

SUMMARY

SURGERY RESULT OF TERATOMA AT HA NOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Study Objectives: Consider surgery result of teratoma at Ha Noi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study included 252 patients with ovarian tumors diagnosed and treated at Ha Noi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2022. Postoperative

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội,

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tăng Văn Dũng

Email: dz.161012@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024