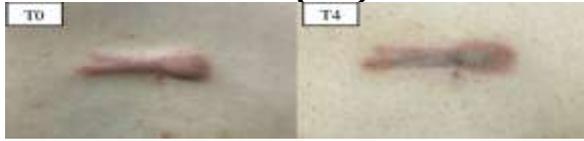


Bệnh nhân số 1: Sẹo lồi trước điều trị (T0), sau điều trị 4 tuần (T4), 8 tuần (T8) và 12 tuần (T12)



Bệnh nhân số 2: Sẹo lồi trước điều trị (T0) và sau điều trị 4 tuần (T4). Sẹo đã xẹp hoàn toàn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. Juckett và H. Hartman-Adams** (2009). Management of keloids and hypertrophic scars. *Am Fam Physician*, 80 (3), 253-260.
2. **Mokos ZB** (2017). Current therapeutic approach to hypertrophic scars. *Frontiers in medicine*.
3. **T. Sullivan, J. Smith, J. Kermodé** (1990). Rating the burn scar. *J Burn Care Rehabil*, 11 (3)

4. **Asilian A, Darougheh A, Shariati F** (2006). New combination of triamcinolon, 5 – Fluorouracil and pulse dye laser for treatment of keloid and hypertrophic scars. *Dermatol Surg* 32: 906 – 915.
5. **Akash K &al** (2023). Comparing Combination Triamcinolone Acetonide and 5-Fluorouracil with Monotherapy Triamcinolone Acetonide or 5-Fluorouracil in the Treatment of Hypertrophic Scars:A Systematic Review and Meta-Analysis, *American society of plastic surgeons*.
6. **A. Darougheh &al** (2009). Intralesional triamcinolonolone alone or in combination with 5 – FU for the treatment of keloid and hypertrophic scars, *Clin Exp Dermatol*.
7. **Lin Huang & al** (2013). A study of the combination of triamcinolone and 5-fluorouracil in modulating keloid fibroblasts in vitro, *J Plast Reconstr Aesthet Surg*.
8. **Được thư Quốc gia** (2009). Bộ Y tế, 3200, 1481-1482.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NHỊP CHẬM Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA

Trịnh Văn Nhị¹, Trần Song Giang¹,
Đỗ Phương Trọng¹, Tạ Mạnh Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị rối loạn nhịp chậm ở những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da trong thời gian điều trị nội trú và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Người bệnh được chẩn đoán nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp có nhịp tim chậm dưới 60 nhịp/phút được can thiệp động mạch vành qua da được đánh giá kết quả điều trị sớm nội viện. **Kết quả:** 51 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình $67,2 \pm 12,9$; 76,5% nam giới; nhịp chậm xoang 54,9%; block nhĩ thất cấp III 25,5%; 29,41% dùng thuốc chống nhịp chậm (tất cả là Atropin). Tạo nhịp tạm thời ở 29,41 % với thời gian trung bình là : $30,93 \pm 22,0$ giờ. Động mạch thủ phạm đa số là RCA (78,4%); 58,8% có tổn thương nhiều nhánh mạch vành. Số stent đặt trung bình $1,53 \pm 0,54$, hút huyết khối trong 38,4%; 96,08% đạt điểm TIMI 3 sau can thiệp. Không có trường hợp phải tạo nhịp vĩnh viễn, 1 trường hợp tử vong. Thời gian nằm viện trung bình $4,18 \pm 2,53$ ngày. **Kết luận:** Cấp cứu nội khoa cùng với can thiệp mạch vành kịp thời và phù hợp giúp phục hồi nhịp tim ổn định ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có rối loạn nhịp chậm, giảm nhu cầu

tạo nhịp vĩnh viễn. **Từ khóa:** rối loạn nhịp chậm, nhồi máu cơ tim cấp

SUMMARY

OUTCOMES OF BRADYCARDIA TREATMENT IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION AT THE VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE – BACH MAI HOSPITAL

Objectives: This study to evaluate the outcomes of treating bradyarrhythmias in patients with acute myocardial infarction who underwent percutaneous coronary intervention during their inpatient stay and to identify some related factors. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 51 acute myocardial infarction (AMI) patients who presented with bradycardia and underwent percutaneous coronary intervention (PCI). **Results:** The mean age of the cohort (76.5% male) was 67.2 ± 12.9 years. Sinus bradycardia accounted for 54.9%, while complete atrioventricular block was observed in 25.5%. Atropine was administered to 29.41% of patients for bradycardia management. Temporary pacing was required in 29.41% of cases, with a mean duration of 30.93 ± 22.0 hours. The culprit vessel was predominantly the Right Coronary Artery (RCA) (78.4%), and multi-vessel disease was present in 58.8%. Post-PCI, 96.08% achieved TIMI 3 flow. Notably, no patients required permanent pacing, and the in-hospital mortality was one case. The mean hospital stay was 4.18 ± 2.53 days. **Conclusion:** Timely medical

¹Viện Tim mạch Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Mạnh Cường

Email: tamanhcuong@cardionet.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

management combined with appropriate coronary intervention effectively restores stable heart rhythm in AMI patients with bradycardia, thereby reducing the need for permanent pacing. **Keywords:** bradycardia, acute myocardial infarction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp (NMCTC) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế do bệnh tim mạch trên toàn thế giới. Mặc dù các biện pháp tái tưới máu sớm (tiểu huyết khối, can thiệp mạch vành) đã cải thiện tiên lượng tổng thể, nhưng bệnh nhân NMCTC vẫn dễ gặp các biến chứng nguy hiểm. Trong đó, rối loạn nhịp tim là một biến chứng phổ biến. Một nghiên cứu lớn gần đây ghi nhận bệnh nhân NMCTC kèm rối loạn nhịp chậm có nguy cơ tử vong nội viện cao gấp khoảng 8 lần so với nhóm không có rối loạn nhịp [1]. Tương tự, Kosmidou và cộng sự báo cáo block nhĩ thất độ cao (dù hiếm gặp, chỉ khoảng 1,5%) cũng liên quan đến tỷ lệ tử vong tăng cao đáng kể ngay cả sau can thiệp [2]. Một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân NMCTC cấp có rối loạn nhịp chậm nguy hiểm, làm suy sụp huyết động, sốc tim, thậm chí tử vong nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời [3].

Nghiên cứu về điều trị rối loạn nhịp chậm ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp là cần thiết trong thực hành lâm sàng. Nhằm tổng kết, đúc rút kinh nghiệm thực hành cấp cứu rối loạn nhịp tim, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả điều trị rối loạn nhịp chậm ở những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da trong thời gian điều trị nội trú.

2. Nhận định một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ảnh hưởng đến kết quả điều trị tái phục hồi nhịp xoang bình thường.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là những người bệnh được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp nhập viện tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 01/05/2024 đến 30/04/2025, có tần số tim chậm dưới 60 lần/phút và có những triệu chứng đi kèm cần phải xử trí cấp cứu.

Chúng tôi không đưa vào nghiên cứu những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, có nhịp chậm nhưng không được hay không thể can thiệp động mạch vành qua da và những bệnh nhân NMCTC cấp có biến cố ngừng tuần hoàn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành theo phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán và điều trị áp dụng trong nghiên cứu

- Chẩn đoán và điều trị NMCTC cấp theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch châu Âu (ESC) năm 2023, gồm NMCTC cấp ST chênh lên và NMCTC cấp ST không chênh lên [4].

- Chẩn đoán và điều trị rối loạn nhịp chậm theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA) 2018 [5].

2.4. Thu thập và xử lý dữ liệu

2.4.1. Các biến số nghiên cứu chính

- Một số đặc điểm lâm sàng chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, nhịp tim, tần số tim, huyết áp, ...

- Các biện pháp điều trị cấp cứu (có/không): thở oxy, dùng thuốc Atropin, Adrenalin..., tạo nhịp tạm thời.

- Kết quả chụp và can thiệp mạch vành: động mạch thủ phạm, tổn thương nhiều nhánh, số Stent, hút huyết khối, điểm TIMI...

- Kết quả điều trị sớm: nhịp tim sau can thiệp, sau 24-48 giờ, trước ra viện, tạo nhịp vĩnh viễn, biến chứng nội viện, thời gian nằm viện.

2.4.2. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu thống kê bằng phần mềm Stata 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 5/2024 đến tháng 4/2025, có 51 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là $67,2 \pm 12,9$ tuổi (32-91 tuổi), trong đó nam giới 39 người (chiếm 76,5%), chủ yếu là nhịp chậm xoang (54,9%), block nhĩ thất (BAV) ở các cấp độ, trong đó BAV III là 25,5% tổng số bệnh nhân phải đặt máy tạo nhịp. Tần số tim trung bình của bệnh nhân khi nhập viện là $50,75 \pm 4,67$ (chậm nhất 37 lần/phút, nhanh nhất 58 lần/phút). Có 5 bệnh nhân có suy tim cấp lúc nhập viện và sốc tim gặp ở 3 bệnh nhân.

3.1. Kết quả điều trị rối loạn nhịp chậm

- Tỷ lệ người bệnh dùng thuốc xử trí nhịp chậm là 29,4% trong đó tất cả dùng Atropin, không có trường hợp nào dùng Adrenalin. Có 1 bệnh nhân được dùng Adrenalin để điều trị sốc tim.

- 15 bệnh nhân phải đặt máy tạo nhịp tạm thời qua đường tĩnh mạch (29,4% trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu trong đó 12 bệnh nhân BAV I-III phải đặt máy tạo nhịp, chỉ có 3 bệnh nhân nhịp chậm xoang phải đặt máy tạo nhịp. 69,2% bệnh nhân BAV III phải đặt máy tạo nhịp; thời gian lưu tạo nhịp tạm thời trung bình là: $30,93 \pm 22,0$ giờ, trong đó ít nhất là 2 giờ và lâu nhất là 60 giờ.

Bảng 1. Kết quả điều trị cấp cứu nội khoa ở từng nhóm bệnh nhân

	Nhịp chậm xoang n=28	Nhịp bộ n=3	BAV I n=6	BAV II n=1	BAV III n=13	Cộng n=51
Thở oxy (n, %)	28 (100%)	3 (100%)	6 (100%)	1 (100%)	13 (100%)	51 (100%)
Truyền dịch đẳng trương (n, %)	0	1 (33,3%)	0	1 (100%)	2 (15,4%)	4 (7,8%)
Xử trí tăng Kali máu (n, %)	2 (7,1%)	0	0	0	1 (7,7%)	3 (5,9%)
Xử trí hạ Kali máu (n, %)	7(25%)	0	(%)	0	2 (15,4%)	9 (17,5%)
Atropin tĩnh mạch (n, %)	6 (21,4%)	3 (100%)	2 (33,3%)	0	4 (30,8%)	15 (29,4%)
Adrenalin (n, %)	0	0	0	0	1 (7,7%)	1 (1,96%)
Tạo nhịp tạm thời (n, %)	3 (10,7%)	0	2 (33,3%)	1 (100%)	9 (69,2%)	15 (29,4%)
Hồi phục nhịp tim bình thường (n, %)	23 (82,1%)	3 (100%)	5 (83,3%)	1 (100%)	12 (92,3%)	44 (86,3%)
Nhịp chậm xoang lúc ra viện (n,%)	4 (12,4%)	0	0	0	0	4(7,8%)
Còn Block nhĩ thất khi ra viện (n, %)	1 (3,5%)	0	1 (16,7%)	0	1 (7,7%)	3 (5,9%)

Tất cả bệnh nhân khi vào viện đều phải hỗ trợ oxy và 29,4% bệnh nhân phải dùng atropin tiêm tĩnh mạch, 23,6% bệnh nhân phải điều chỉnh kali máu.

Sau khi được can thiệp động mạch vành qua da và tiếp tục theo dõi, điều trị nội khoa đến khi xuất viện, thời gian điều trị trung bình 4,18±2,53 ngày (1-12 ngày), kết quả cho thấy:

- 86,3% bệnh nhân phục hồi nhịp xoang bình thường, không có bệnh nhân nào phải cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn trong thời gian nằm viện.
- Có 1 bệnh nhân tử vong trong viện là bệnh nhân nữ, 85 tuổi, tử vong vì nhồi máu cơ tim cấp, sốc tim, block nhĩ thất cấp III.
- Có 7 bệnh nhân (13,7%) chưa trở về nhịp xoang bình thường khi xuất viện trong đó có 5 bệnh nhân nhịp chậm xoang khi nhập viện

(chiếm 17,9% bệnh nhân nhịp chậm xoang) 1 bệnh nhân nhịp chậm xoang có BAV I (16,7%), 1 bệnh nhân BAV III (7,7%).

Về ảnh hưởng của các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đến kết quả điều trị rối loạn nhịp chậm của các bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi nhận thấy block nhĩ thất, mức độ chênh của đoạn ST mức độ giảm vận động vùng cũng như phân số tổng máu thất trái EF có sự khác biệt giữa những người hồi phục nhịp tim bình thường và những người chưa phục hồi nhịp tim bình thường trong thời gian điều trị nội trú. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những thông số khác không có sự khác biệt giữa nhóm phục hồi nhịp xoang bình thường và nhóm nhịp tim còn chậm khi xuất viện.

Bảng 2. Mối liên quan giữa kết quả điều trị với hình thái rối loạn nhịp chậm và mức độ tổn thương động mạch vành cùng một số yếu tố khác

Thông số	Hồi phục nhịp tim (n=36)	Còn nhịp chậm khi xuất viện (n=15)	Giá trị p
Tuổi (năm)	66,4 ± 13,6	69,3 ± 11,1	0,22
Nam giới n, %	29 (80,6 %)	10 (66,7%)	0,29
Thời gian khởi phát (giờ)	21,5 ± 22,6	18,3 ± 13,6	0,30
Tần số tim (lần/phút)	50,9 ± 4,7	50,5 ± 5,1	0,39
Huyết áp tâm thu (mmHg)	111,2 ± 19,9	116,7 ± 15,4	0,18
Block nhĩ thất (n, %)	13 (36,1)	10 (66,7)	0,04
ST chênh (n, %)	28 (77,8)	14 (93,3)	0,18
Mức độ ST chênh (mm)	1,9 ± 0,7	2,3 ± 0,7	0,04
Giảm vận động vùng (n, %)	24 (66,7)	14 (93,3)	0,04
Phân suất tổng máu thất trái (%)	54,2 ± 8,2	52,2 ± 6,3	0,04
Troponin T (ng/L)	1611,0 ± 2414,4	2680,7 ± 3347,9	0,10
Suy tim cấp (n, %)	1 (2,8)	1 (6,7)	0,51
Sốc (n, %)	4 (11,1)	1 (6,7)	0,62
Tổn thương nhiều nhánh ĐMV (n, %)	22 (61,1)	8 (53,3)	0,61
Dùng thuốc chống nhịp chậm (n, %)	12 (33,3)	3 (20)	0,34
Tạo nhịp tạm thời (n, %)	8 (22,2)	7 (46,7)	0,08

Hút huyết khối (n, %)	12 (33,3)	4 (26,7)	0,64
-----------------------	-----------	----------	------

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về điều trị cấp cứu rối loạn nhịp chậm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về việc dùng thuốc và các biện pháp điều trị cấp cứu nội khoa chống nhịp chậm tương ứng với đặc điểm lâm sàng, các hình thái rối loạn nhịp chậm của các bệnh nhân trong nghiên cứu. Việc chỉ định điều trị bằng atropin được áp dụng một cách cân nhắc, tuân thủ hướng dẫn lâm sàng quốc tế (như ACC/AHA/ESC), chỉ định trong các trường hợp nhịp chậm có triệu chứng nặng, đe dọa tính mạng [5]. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu trước đó, như nghiên cứu của Rafla và cộng sự cho thấy atropin giúp cải thiện nhịp tim và huyết áp ở những bệnh nhân NMCT dẫn đến nhịp chậm có triệu chứng. Tác giả cũng nhấn mạnh nguy cơ loạn nhịp nhanh thứ phát nếu dùng atropin liều cao không đúng chỉ định [6].

Về tỷ lệ đặt máy tạo nhịp tạm thời, nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu quốc tế, giao động từ 20–30% với trường hợp nhịp chậm có rối loạn huyết động, có nguy cơ cao hoặc không đáp ứng với atropin [7].

4.2. Đặc điểm tổn thương và can thiệp động mạch vành qua da. Kết quả chụp động mạch vành (ĐMV) trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ĐMV phải (RCA) là thủ phạm chính gây NMCT ở nhóm bệnh nhân có rối loạn nhịp chậm, chiếm 61,76%. Điều này hoàn toàn phù hợp với cơ chế giải phẫu, khi RCA cung cấp máu cho nút xoang nhĩ (60%) và nút nhĩ thất (90%), do đó tắc nghẽn RCA thường dẫn đến rối loạn chức năng các nút này [3].

Bên cạnh đó, tỷ lệ bệnh nhân có bệnh nhiều nhánh ĐMV khá cao (64,71%), với 32,35% có bệnh 3 nhánh. Điều này cho thấy gánh nặng bệnh lý mạch vành ở nhóm bệnh nhân NMCT cấp có rối loạn nhịp chậm là đáng kể. Sự hiện diện của bệnh ĐMV nhiều nhánh, đặc biệt khi có tổn thương nhánh ĐMV trái (LAD) kết hợp với NMCT thành dưới, có thể làm nặng thêm tình trạng block nhĩ thất, do LAD có thể cấp máu cho một phần hệ thống dẫn truyền trong một số trường hợp [3].

Về số lượng stent trung bình là $1,53 \pm 0,54$, con số này cho thấy phần với mức độ can thiệp không quá phức tạp, đa số trường hợp nhờ máu cơ tim cấp chỉ can thiệp nhánh thủ phạm để tái tưới máu cấp cứu. Các nghiên cứu quốc tế cũng cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [4]. Số lượng stent cao hơn 1 phần nào phản ánh tổn thương động mạch thủ

phạm phức tạp hoặc có nhiều vị trí cần can thiệp. Tuy nhiên, bản thân số stent không liên quan trực tiếp với nhịp chậm, mà chủ yếu do mức độ lan rộng của bệnh mạch vành.

Kỹ thuật hút huyết khối được thực hiện ở 23,53% trường hợp, chủ yếu là do gánh nặng huyết khối lớn trên hình ảnh chụp mạch. RCA là động mạch có khẩu kính lớn, áp lực tưới máu thấp hơn LAD, nên khi tắc cấp thường tạo huyết khối lớn. Việc hút huyết khối được thực hiện chọn lọc thấy lợi ích của hút huyết khối không đồng nhất và chỉ nên được xem xét trong các trường hợp nhất định [4].

4.3. Đặc điểm về hồi phục nhịp tim và kết quả điều trị nội viện và một số yếu tố liên quan. Hầu hết các bệnh nhân đều có sự hồi phục nhanh chóng về nhịp tim sau can thiệp. Trong vòng 24-48 giờ sau can thiệp, nhịp tim trung bình đã cải thiện đáng kể, và đến khi xuất viện, nhịp tim đã trở về mức gần bình thường. Không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn, điều này gợi ý rằng nhịp chậm trong NMCT cấp thường là thoáng qua và hiếm khi yêu cầu can thiệp tạo nhịp lâu dài. Tỷ lệ 29,41% bệnh nhân cần tạo nhịp tạm thời cho thấy nhu cầu hỗ trợ cấp cứu ban đầu là cần thiết, nhưng về lâu dài phần lớn đã hồi phục nhịp nên không cần máy vĩnh viễn. Kết quả của chúng tôi phù hợp với ghi nhận từ các nghiên cứu trên thế giới, đa số các trường hợp block nhĩ thất hoàn toàn ở bệnh nhân NMCT là tạm thời và 94,5% tự phục hồi dẫn truyền sau khi tái thông động mạch vành [3].

Phần lớn bệnh nhân không gặp biến chứng nguy hiểm nào khác trong thời điều trị nội trú. Một bệnh nhân tử vong trong viện là bệnh nhân nữ 85 tuổi, nhập viện với NMCT cấp ST chênh lên, biến chứng sốc tim và block nhĩ thất hoàn toàn; bệnh nhân có tổn thương cả ba nhánh mạch vành. Mặc dù đã được can thiệp thành công động mạch thủ phạm (RCA), tình trạng sốc tim vẫn không cải thiện và bệnh nhân tử vong sau 7 ngày điều trị tích cực. Y văn đã khẳng định sự hiện diện của block nhĩ thất độ cao trong NMCT là một dấu hiệu tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân NMCT có block độ cao cao hơn hẳn so với bệnh nhân không block [2]. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy đa số bệnh nhân NMCT có block AV tử vong thường rơi vào nhóm có sốc tim hoặc suy tim nặng kèm theo [3].

Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là $4,18 \pm 2,53$ ngày, một khoảng thời gian tương đối ngắn. Điều này phản ánh hiệu quả của phác đồ

điều trị và chăm sóc sau can thiệp tại Viện Tim mạch Bệnh viện Bạch Mai, cho phép đa số bệnh nhân ổn định và xuất viện sớm hơn. Sự rút ngắn thời gian nằm viện cho bệnh nhân NMCT đã được ghi nhận trên toàn cầu nhờ những tiến bộ trong hồi sức cấp cứu và chiến lược tái tưới máu sớm, so với thập niên 1990 khi thời gian nằm viện trung bình thường kéo dài hơn [4].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến nhịp chậm dai dẳng đến khi xuất viện ($p < 0,05$). Các yếu tố này bao gồm: block nhĩ thất, mức độ ST chênh lên cao hơn, có rối loạn vận động vùng và phân suất tống máu thất trái (LVEF) thấp hơn. Các mối liên quan đáng kể này chỉ ra mối liên hệ trực tiếp giữa mức độ tổn thương cơ tim và tính toàn vẹn của hệ thống dẫn truyền tim. Kích thước vùng nhồi máu lớn hơn hoặc nhồi máu xuyên thành có nhiều khả năng liên quan hoặc ảnh hưởng đáng kể đến nguồn cung cấp máu cho hệ thống dẫn truyền tim, dẫn đến rối loạn dẫn truyền nghiêm trọng hơn và có khả năng chậm hồi phục.

V. KẾT LUẬN

1. Xử trí rối loạn nhịp chậm ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp bao gồm những bước xử trí cần bản, đó là cung cấp oxy (chủ yếu qua đường họng), tiêm atropin tĩnh mạch và điều chỉnh các rối loạn điện giải, chủ yếu là kali máu. Những bệnh nhân BAV III do nhồi máu cơ tim cấp cần xem xét đặt máy tạo nhịp tạm thời. Can thiệp và tái tưới máu động mạch vành là cần thiết, giúp bệnh nhân sớm hồi phục được rối loạn nhịp chậm.

2. Block nhĩ thất độ cao, mức độ chênh của đoạn ST trên điện tâm đồ, phân số tống máu EF

thấp là những yếu tố góp phần làm chậm thời gian phục hồi nhịp tim bình thường của người bệnh nhồi máu cơ tim cấp đã được can thiệp tái tưới máu động mạch vành qua da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Xu, X., et al., Burden of cardiac arrhythmias in patients with acute myocardial infarction and their impact on hospitalization outcomes: insights from China acute myocardial infarction (CAMI) registry. BMC Cardiovascular Disorders, 2024. 24(1): p. 218.
2. Kosmidou, I., et al., Incidence, Predictors, and Outcomes of High-Grade Atrioventricular Block in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention (from the HORIZONS-AMI Trial). Am J Cardiol, 2017. 119(9): p. 1295-1301.
3. Aguiar Rosa, S., et al., Complete atrioventricular block in acute coronary syndrome: prevalence, characterisation and implication on outcome. European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care, 2018. 7(3): p. 218-223.
4. Byrne, R.A., et al., 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes: developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care, 2024. 13(1): p. 55-161.
5. Kusumoto, F.M., et al., 2018 ACC/AHA/HRS guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. Journal of the American College of Cardiology, 2019. 74(7): p. e51-e156.
6. Rafla, S., S.W. Ayad, and M. Sanhoury, Study of Bradyarrhythmias in Acute Myocardial Infarction. Egyptian Journal of Critical Care Medicine, 2022. 9(2): p. 51-56.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ THAI PHỤ NHIỄM LIÊN CẦU KHUẨN NHÓM B, ĐẶC ĐIỂM KHÁNG SINH ĐỒ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC PHÚ QUỐC

Tạ Quốc Bản¹, Đầu Thị Tuyết Nhung¹, Trương Thảo Loan¹, Đinh Thị Thu Hường¹, Lâm Đức Tâm²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 11.9.2025

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thai phụ nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B (GBS), đặc điểm kháng sinh đồ và một số yếu tố liên quan chủng GBS phân lập được tại Bệnh viện Vinmec Phú Quốc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc từ 05/2024 đến 05/2025 trên 522 thai phụ đến khám thai tuổi thai 35-37 tuần được lấy mẫu âm đạo-trực tràng nuôi cấy GBS, định danh và làm kháng sinh đồ theo chuẩn CLSI 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm GBS là 28,2%. Chủng GBS phân lập nhạy 100% với