

được tiền sử và vị trí của u trước thủ thuật để đánh giá một cách chính xác và do đó phân biệt được với các tổn thương ác tính.

Trong NC của chúng tôi, không có tổn thương nào có biến chứng rách da hay nhiễm trùng, không có tổn thương nào tái phát. Theo NC phân tích gộp của tác giả Ding 2013⁸, tỉ lệ nhiễm trùng và biến dạng vú ở nhóm phẫu thuật cao hơn VABB.

V. KẾT LUẬN

VABB dưới hướng dẫn siêu âm là một kỹ thuật xâm lấn tối thiểu có tỉ lệ thành công cao trong việc loại bỏ hoàn toàn các u vú lành tính, an toàn, thẩm mỹ, giảm sang chấn về cả thể chất và tinh thần cho BN. Hầu hết BN hoàn toàn hài lòng với kết quả của phương pháp. Việc theo dõi dài hạn cho thấy tổn thương sau hút phần lớn không để lại dấu vết hoặc có sẹo và biến dạng cấu trúc nhỏ. Các hình ảnh này thường thoái triển hoặc ổn định qua các lần thăm khám tiếp theo do đó giúp phân biệt với các tổn thương ác tính. Vì vậy, VABB giữ vai trò then chốt trong chỉ định điều trị các u vú lành tính và là xu hướng của các can thiệp xâm lấn tối thiểu trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lakoma A, Kim ES.** Minimally invasive surgical management of benign breast lesions. *Gland Surg.* 2014;3(2):142-148. doi:10.3978/j.issn.2227-684X.2014.04.01

2. **Jiang Y, Lan H, Ye Q, et al.** Mammotome® biopsy system for the resection of breast lesions: Clinical experience in two high-volume teaching hospitals. *Exp Ther Med.* 2013;6(3):759-764. doi:10.3892/etm.2013.1191

3. **Ding Y, Cao L, Chen J, Zaharieva EK, Xu Y, Li L.** Serial image changes in ultrasonography after the excision of benign breast lesions by mammotome® biopsy system. *Saudi J Biol Sci.* 2019;26(1): 178-182. doi:10.1016/j.sjbs.2018.08.016

4. **Hertl K, Marolt-Musič M, Kocijančič I, Prevodnik-Kloboves V, Žgajnar J.** Haematomas After Percutaneous Vacuum-Assisted Breast Biopsy. *Ultraschall Med - Eur J Ultrasound.* 2008;30(01):33-36. doi:10.1055/s-2007-963724

5. **Papathemelis T, Heim S, Lux MP, Erhardt I, Scharl A, Scharl S.** Minimally Invasive Breast Fibroadenoma Excision Using an Ultrasound-Guided Vacuum-Assisted Biopsy Device. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2017;77(2):176-181. doi:10.1055/s-0043-100387

6. **Lee EK et al.** The usefulness of US-guided vacuum-assisted breast biopsy for probably benign lesions. 2005. 68:90-95.

7. **Yazici B, Sever AR, Mills P, Fish D, Jones SE, Jones PA.** Scar formation after stereotactic vacuum-assisted core biopsy of benign breast lesions. *Clin Radiol.* 2006;61(7):619-624. doi:10.1016/j.crad.2006.03.008

8. **Ding B, Chen D, Li X, Zhang H, Zhao Y.** Meta analysis of efficacy and safety between Mammotome vacuum-assisted breast biopsy and open excision for benign breast tumor. *Gland Surg.* 2013;2(2):69-79. doi:10.3978/j.issn.2227-684X.2013.05.06

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN NHỊP CHẬM SAU CẤY MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN

Bạch Thị Hoa*, Phạm Như Hùng*, Nguyễn Thị Phương Thảo*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) liên quan đến sức khỏe là cần thiết để có được cái nhìn tổng quan về CLCS của người bệnh, từ đó có chiến lược phù hợp để nâng cao sức khỏe về tinh thần, thể chất cho người bệnh. Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh rối loạn nhịp chậm sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn bằng bộ câu hỏi AQUAREL và SF 12 tại Bệnh viện Tim Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang người bệnh đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn tại

Bệnh viện Tim Hà Nội trong thời gian từ tháng 6/2020 đến 10/2020. Xử lý số liệu theo phần mềm STATA 14.

Kết quả: có 105 người bệnh, tuổi trung bình là 65,35 ± 13,71, tỷ lệ nữ giới chiếm 62,86%, theo thang điểm AQUAREL điểm CLCS tốt nhất sau cấy máy là chức năng rối loạn nhịp chậm (72,52 ± 16,83; 91,19 ± 9,03; 96,19 ± 5,70), thấp nhất là khó chịu ở ngực (60,24 ± 12,07; 86,46 ± 10,52; 95,36 ± 6,14), theo SF - 12 điểm CLCS của sức khỏe tinh thần (55,62 ± 8,14; 56,71 ± 4,58; 56,86 ± 2,47) cao hơn điểm CLCS sức khỏe thể chất (38,93 ± 8,07; 43,26 ± 7,89; 51,75 ± 5,54). **Kết luận:** CLCS của người bệnh sau đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn cải thiện hơn so với trước can thiệp và tăng dần sau 1, 3, 6 tháng (theo thang điểm AQUAREL) và tăng từ mức thấp lên mức khá cao (theo thang điểm SF 12).

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống; Máy tạo nhịp vĩnh viễn; Rối loạn nhịp chậm

*Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bạch Thị Hoa

Email: bachthihoa@timhanoi.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 31.8.2021

Ngày duyệt bài: 6.9.2021

SUMMARY**TO EVALUATE PATIENT'S QUALITY OF LIFE ASPECTS AFTER PACEMAKER IMPLANTATION, USING AQUAREL AND SF-12 QUESTIONNAIRES**

Background: Health-related quality of life evaluation is necessary to have an overview of the patient's quality of life, in order to have appropriate strategies to improve both mental and physical health of the patients. The objective of the study is to describe the quality of life of patients with bradycardia after permanent pacemaker implantation, using Aquarel and SF 12 questionnaires at Hanoi Heart Hospital. **Subjects and methods:** A prospective cross-sectional study of patients with permanent pacemaker implantation at Hanoi Heart Hospital from June 2020 to October 2020. STATA 14 software was used for data analysis. **Results:** A total of 105 patients were included in the study with mean age $65,35 \pm 13,71$ years and 62,86% female, The highest AQUAREL scores after implantation, when compared to before implantation, is bradyarrhythmia function ($72,52 \pm 16,83$; $91,19 \pm 9,03$; $96,19 \pm 5,70$), while the lowest scores is chest discomfort ($60,24 \pm 12,07$, $86,46 \pm 10,52$; $95,36 \pm 6,14$). The SF-12 scores in mental health aspect ($55,62 \pm 8,14$; $56,71 \pm 4,58$; $56,86 \pm 2,47$) are higher than that scores in physical health aspect ($38,93 \pm 8,07$; $43,26 \pm 7,89$; $51,75 \pm 5,54$). **Conclusion:** The patient's quality of life scores after permanent pacemaker implantation improved and gradually increased after 1, 3, 6- month follow-up (according to the AQUAREL scale) and increased from low to quite high (according to SF 12 scale).

Keywords: Quality of life; Permanent pacemaker; Bradycardia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp chậm là bệnh lý có thể gây nguy hiểm cho người bệnh như ngất hoặc ngừng tim. Có hai phương pháp điều trị chính là nội khoa và cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn. Trong đó, cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn được đánh giá an toàn và mang lại hiệu quả lâu dài. Số lượng người bệnh có chỉ định cấy máy tạo nhịp ngày càng tăng. Theo thống kê trong năm 2009 ở 61 quốc gia trên thế giới có 1.002.664 máy tạo nhịp được cấy, trong đó có 737840 máy cấy mới^[4]. Tại Việt Nam, theo thống kê của Viện Tim mạch Quốc gia từ 1/2008 đến 12/2011 có 1366 người bệnh được cấy máy tạo nhịp để điều trị rối loạn nhịp chậm^[1]. Tại Bệnh viện Tim Hà Nội, từ năm 2015 đến năm 2019 có trên 1300 người bệnh được cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn. Đánh giá CLCS liên quan đến sức khỏe là cần thiết để có được cái nhìn tổng quan về CLCS của người bệnh, từ đó có chiến lược đúng đắn để nâng cao sức khỏe về tinh thần, thể chất cho người bệnh. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá về CLCS của người bệnh sau cấy máy tạo nhịp, kết quả cho thấy CLCS tăng lên đáng kể sau khi cấy

máy^{[5] [6] [7]}. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá CLCS của người bệnh sau cấy máy tạo nhịp. Nhiều bộ câu hỏi được sử dụng để đánh giá CLCS chung và chuyên biệt cho từng bệnh lý ra đời. Trong đó SF 12 và AQUAREL là hai bộ câu hỏi thường được dùng hiện nay. Nghiên cứu "Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh rối loạn nhịp chậm sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn" được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh rối loạn nhịp chậm sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn bằng bộ câu hỏi AQUAREL và SF 12 tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**1.1. Đối tượng nghiên cứu**

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh ≥ 18 tuổi có chẩn đoán rối loạn nhịp tim chậm đã được cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ 6/2020 đến 10/2020 và người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh có rối loạn về tâm thần nhận thức, quá già yếu, suy giảm trí nhớ, nhận thức kém... không đủ khả năng nhận thức để tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, cắt ngang, theo dõi dọc.

- Cỡ mẫu: phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tổng số 105 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

- Thu thập số liệu: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu

Đánh giá CLCS bằng bộ câu hỏi AQUAREL và SF-12 (trước và sau can cấy máy 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng) bằng cách phỏng vấn trực tiếp hoặc qua điện thoại. Bộ câu hỏi đã được Việt hóa và sử dụng tại Việt Nam^{[2] [3]}.

Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 14.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.**

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần suất (n)	Tỷ lệ % (N=105)
Tuổi	< 60 tuổi	30	28,57
	≥ 60 tuổi	75	71,43
Tuổi trung bình $65,35 \pm 13,71$			
Giới	Nam	39	37,14
	Nữ	66	62,86
Nơi ở	Nông thôn	71	67,62
	Thành thị	34	32,38
Nghề	Nông dân	14	13,33

nghiep	Công nhân	5	4,76
	Hưu trí	53	50,48
	Trí thức	8	7,62
	Tự do	25	23,81
Trình độ học vấn	Dưới trung học phổ thông	66	62,86
	Trung học phổ thông	26	24,76
	Trung cấp, cao đẳng, đại học	13	12,38
Yếu tố nguy cơ (YTNC)	Tăng huyết áp	45	42,86
	Đái tháo đường	16	15,24
	Suy tim	17	16,19
	Bệnh mạch vành	21	20,00
Chỉ định cấy máy	RLCN nút xoang	55	52,38
	Block nhĩ thất	50	47,62

Nhóm người bệnh ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ rất cao 71,43%. Tuổi trung bình của người bệnh là $65,35 \pm 13,71$. Tỷ lệ nam là 37,14% và nữ là 62,84%. Tỷ lệ người bệnh sống ở nông thôn (67,62 %) cao gấp đôi so với sống ở thành thị (32,38%). Đa số người bệnh có trình độ học vấn thấp dưới trung học phổ thông chiếm 62,86. Tỷ lệ người bệnh nghỉ hưu chiếm phần lớn với 50,48%, tỷ lệ người bệnh có tiền sử tăng huyết áp cao nhất 42,86%, đái tháo đường là 15,24%, suy tim 16,19% và 20% người bệnh có tiền sử bệnh mạch vành. Bệnh nhân cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn: chủ yếu hai nhóm bệnh rối loạn chức năng nút xoang chiếm 52,38%, Block nhĩ – thất chiếm 47,62%.

3.2. Chất lượng cuộc sống sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn theo các thang điểm.

Bảng 2. Điểm CLCS trước và sau cấy máy tạo nhịp 1-3-6 tháng theo thang điểm AQUAREL

Các khía cạnh	Trước cấy máy (0)	Sau 1 Tháng (1)	Sau 3 Tháng (2)	Sau 6 Tháng (3)	P ₀₁ (*)	P ₀₂ (*)	P ₀₃ (*)
Khó chịu ở ngực	51,43±5,25	60,24±12,07	86,46±10,52	95,36±6,14	<0,001	<0,001	<0,001
Rối loạn nhịp tim	54,86±7,45	72,52±16,83	91,19±9,03	96,19 ± 5,70	<0,001	<0,001	<0,001
Khả năng hoạt động thể lực	52,0 ± 5,94	65,99 ± 16,94	90,65±10,76	96,02 ± 6,07	<0,001	<0,001	<0,001
Điểm CLCS chung	52,76±4,56	66,25±13,40	89,43±8,46	95,86 ± 4,42	<0,001	<0,001	<0,001

Điểm CLCS theo thang điểm AQUAREL của ba lĩnh vực đều tăng lên ở thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng sau can thiệp và cao hơn so với thời điểm trước can thiệp cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Điểm CLCS trước và sau cấy máy tạo nhịp 1-3-6 tháng theo thang điểm SF-12

Các khía cạnh	Trước cấy máy (0)	Sau 1 Tháng (1)	Sau 3 Tháng (2)	Sau 6 Tháng (3)	P ₀₁ (*)	P ₀₂ (*)	P ₀₃ (*)
Hoạt động thể chất	38,33±22,22	59,05±24,79	69,52±22,73	91,43±15,82	<0,001	<0,001	<0,001
Hạn chế do hoạt động thể chất	22,38±36,68	34,29±45,63	57,14±43,54	90,48±24,11	<0,001	<0,001	<0,001
Cảm giác đau	64,05±18,65	69,76±18,24	80,0±16,41	91,90±13,20	<0,001	<0,001	<0,001
Sức khỏe chung	39,76±14,58	48,10±15,77	50,71±10,66	63,33±14,32	<0,001	<0,001	<0,001
Hạn chế do vấn đề cảm xúc	74,76±39,91	81,43±38,14	94,76±20,71	98,57±8,37	<0,001	<0,001	<0,001
Sức sống	68,0±18,10	71,05±19,21	76,0±12,83	81,71±7,90	0,0038	<0,001	<0,001
Tình trạng tâm lý	75,05±12,72	76,38±13,53	77,81±8,77	83,05±7,09	0,0037	0,005	<0,001
Hoạt động xã hội	75,71±19,44	80,71±19,07	83,81±17,67	94,29±11,63	<0,001	<0,001	<0,001
CLCS sức khỏe thể chất (PCS)	33,86±7,50	38,93±8,07	43,26±7,89	51,75±5,54	<0,001	<0,001	<0,001
CLCS sức khỏe tinh thần (MCS)	55,63±8,03	55,62±8,14	56,71±4,58	56,86±2,47	0,03	0,41	0,68
Điểm CLCS chung	57,26±16,01	65,10±16,82	73,72±13,48	86,84±8,36	<0,001	<0,001	<0,001

Điểm CLCS theo thang điểm SF12 thể hiện ở 8 khía cạnh đều tăng lên ở thời điểm trước cấy máy và sau cấy máy 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong đó, điểm CLCS của lĩnh vực sức khỏe thể chất thay đổi có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$), điểm CLCS lĩnh vực tinh thần gần như không có sự thay đổi, kết quả này không có ý nghĩa thống

kê với ($p > 0,05$). Điểm CLCS của lĩnh vực sức khỏe thể chất thấp hơn so với điểm CLCS sức khỏe tinh thần. Điểm CLCS chung của người bệnh trong nghiên cứu sau 1 tháng và 3 tháng cấy máy TNVV ở mức trung bình (1tháng $65,10 \pm 16,82$ điểm, 3 tháng $73,72 \pm 13,48$), nhưng sau 6 tháng can thiệp thì điểm CLCS của người bệnh ở mức tốt ($86,84 \pm 8,36$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của người bệnh tham gia nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nữ nhiều hơn nam (62,86% và 37,14). Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là khá cao (65,38 ± 13,71). Trong đó tuổi cao nhất là 92 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi. Điều này nói lên rằng bệnh rối loạn nhịp tim chậm có thể gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau, nhưng gặp chủ yếu ở nhóm người bệnh lớn tuổi. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Stofmeel^[8] năm 2001, tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 65,9 ± 13; nghiên cứu của Trương Đắc Cường^[2] năm 2014 là 60,7 ± 13,2; nghiên cứu của Erick E.Udo^[7] năm 2013 là 72 ± 10,7.

Đa số người bệnh sau cấy máy tạo nhịp đã nghỉ hưu (50,48%) và có trình độ học vấn thấp dưới trung học phổ thông chiếm 62,86%. Trình độ học vấn có ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh, những người bệnh có học vấn thấp đôi khi dễ chấp nhận những ảnh hưởng tiêu cực của bệnh lý và có xu hướng chịu đựng các triệu chứng của bệnh.

Trong nghiên cứu chúng tôi yếu tố nguy cơ đứng hàng đầu là tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 42,86%, nguyên nhân là người bệnh rối loạn nhịp chậm thường gặp ở nhóm tuổi trên 60 tuổi nhóm đối tượng dễ mắc bệnh lý tăng huyết áp do tình trạng xơ vữa mạch.

4.2. CLCS của người bệnh sau cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn theo các thang điểm.

4.2.1. Điểm CLCS trước và sau cấy máy tạo nhịp 1-3-6 tháng theo thang điểm AQUAREL. Thang điểm AQUAREL được chia làm ba nhóm gánh nặng triệu chứng liên quan đến CLCS đó là: khó chịu ở ngực, rối loạn nhịp tim và khả năng hoạt động thể lực.

Ở thời điểm trước cấy máy, điểm CLCS chung 52,76 ± 4,56 với điểm ở ba lĩnh vực khó chịu ở ngực, rối loạn nhịp tim và khả năng hoạt động thể lực lần lượt là: 51,43 ± 5,25; 54,86 ± 7,45; 52,00 ± 5,94. Mức điểm này là thấp so với thang điểm 100 ở người bình thường và thấp hơn so với nhiều nghiên cứu khác. Như trong nghiên cứu của Erick O.Udo điểm của ba lĩnh vực lần lượt là 83,0 ± 13,2; 66,7 ± 17,9; 55,3 ± 24,4^[7] và trong nghiên cứu của Stofmel điểm trung bình lần lượt là 76,66 và 55^[8]. So với hai nghiên cứu ở Việt Nam, nghiên cứu của Trương Đắc Cường^[2], điểm ở ba lĩnh vực lần lượt là: 74,6 ± 15,6; 75,6 ± 9,9; 75,3 ± 14,7 và nghiên cứu của Đỗ Thị Diệu Linh điểm trung bình lần lượt là 74; 73 và 69^[3].

Nhìn chung, điểm ở cả ba lĩnh vực là thấp, điều này có thể giải thích là do độ tuổi trung

bình ở nghiên cứu này là khá cao 65,38 ± 13,71 cao hơn so với các nghiên cứu cùng khu vực như nghiên cứu của Trương Đắc Cường (60,7 ± 13,3), nghiên cứu của Đỗ Thị Diệu Linh (61,2 ± 16,4). Mặt khác, so với các nghiên cứu ở nước ngoài, mặc dù độ tuổi trong nghiên cứu của Erik O.Udo là 72,2 ± 10,7; của Barros là 69,3 ± 12,6 nhưng có thể giải thích là do thể lực cũng như tuổi thọ trung bình và điều kiện chăm sóc sức khỏe ở châu Âu cao hơn Việt Nam.

Sau khi cấy máy, nhìn chung điểm AQUAREL có sự cải thiện so với trước cấy máy và tăng dần theo thời gian, với điểm CLCS chung tăng lần lượt sau 1-3-6 tháng là 66,25 ± 13,40; 89,43 ± 8,46; 95,86 ± 4,42. Điểm của các lĩnh vực cũng tăng đồng đều sau 1-3-6 tháng với khó chịu ở ngực lần lượt là 60,24 ± 12,07; 86,46 ± 10,52; 95,36 ± 6,14; rối loạn nhịp tim lần lượt là 72,52 ± 16,83; 91,19 ± 9,03; 96,19 ± 5,70; khả năng hoạt động thể lực lần lượt là: 65,99 ± 16,94; 90,65 ± 10,76; 96,02 ± 6,07. Một tháng sau khi cấy máy, do hạn chế trong tâm lý, chưa quen với việc đeo máy và cảm giác đau tại vị trí cấy máy ngay ngực, nên điểm chưa cải thiện nhiều. tuy nhiên sau 3 tháng, điểm đã tăng lên rất rõ rệt và sau 6 tháng điểm CLCS ở ba lĩnh vực là trên 90, gần bằng với điểm tối đa 100. Điều này chứng tỏ máy tạo nhịp đem lại hiệu quả tốt trong việc nâng cao CLCS và bệnh nhân phục hồi tốt theo thời gian. Kết quả này là khá tương đồng với các nghiên cứu khác, như điểm ở ba lĩnh vực khó chịu ở ngực, rối loạn nhịp tim, khả năng hoạt động thể lực trong nghiên cứu của Trương Đắc Cường^[2], nghiên cứu của Đỗ Thị Diệu Linh^[3], nghiên cứu của Erick O.Udo^[7].

4.2.2. Điểm CLCS trước và sau cấy máy tạo nhịp 1-3-6 tháng theo thang điểm SF-12. Theo kết quả nghiên cứu điểm CLCS sức khỏe thể chất (PCS) trước can thiệp là 33,86 ± 7,509, điểm CLCS sức khỏe tinh thần (MCS) là 55,63 ± 8,03. So sánh với nghiên cứu của Trương Đắc Cường là khá tương đồng điểm trước khi can thiệp với PCS là 39,0 ± 11,4; MCS là 42,9 ± 12,1. Nhìn chung, điểm PCS là thấp hơn nhiều so với điểm MCS và thấp so với điểm CLCS ở một người bình thường. Điều này cho thấy các bệnh lý rối loạn tạo nhịp và dẫn truyền đã ảnh hưởng nhiều đến hoạt động thể lực của bệnh nhân, gây mệt mỏi, choáng, hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày.

Tuy nhiên sau cấy máy, điểm CLCS của bệnh nhân đã được cải thiện rõ rệt ở lĩnh vực sức khỏe thể chất. Có thể nói, sau 1 tháng cấy máy điểm chưa cải thiện nhiều do bệnh nhân còn ảnh hưởng của can thiệp cấy máy, còn e ngại hoạt

động, vẫn mang tâm lí nghi ngại hồi phục sức khỏe, chưa dám vận động sinh hoạt đi lại bình thường. Tuy nhiên theo thời gian, người bệnh hồi phục và điểm được cải thiện rõ rệt sau 3 và 6 tháng.

Về lĩnh vực tinh thần, điểm có cải thiện nhưng không nhiều. Điểm không cải thiện nhiều do điểm MCS trước can thiệp cấy máy của bệnh nhân cũng khá cao.

Can thiệp cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn là có hiệu quả làm tăng CLCS của người bệnh đo bằng thang SF-12 từ mức thấp lên mức khá cao. Điều này chứng tỏ bên cạnh sức khỏe tinh thần, việc hồi phục sức khỏe và các bệnh lí nhịp tim cải thiện đã đem lại CLCS cho người bệnh tốt hơn rất nhiều.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống theo thang điểm AQUAREL và SF-12 sau cấy máy 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng cho thấy sự cải thiện về đa số các khía cạnh ngoại trừ khía cạnh sức khỏe tinh thần. Nhìn chung cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn điều trị rối loạn nhịp chậm cho thấy hiệu quả sớm trong cải thiện chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Như Hùng, Trần Song Giang và cộng sự. "Thực trạng cấy máy tạo nhịp 1 buồng và 2 buồng tim trong điều trị nhịp chậm tại Viện tim

mạch Việt Nam". Tạp chí tim mạch học Việt Nam số 65, 64-69 tạo nhịp tim. Luận văn tiến sĩ Y khoa: Học viện quân Y 103.2005.

2. Trương Đắc Cường. Nghiên cứu sự thay đổi chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rối loạn nhịp chậm trước và sau cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn. Đề tài tốt nghiệp Trường đại học Y Hà Nội năm 2014.
3. Đỗ Thị Diệu Linh (2015), Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rối loạn nhịp tim sau cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn năm 2015. Đề tài tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, trường Đại học Thăng Long.
4. Mond HG, Proclemer A (2011). "the 11th world survey of cardiac pacing and implantable cardioverter – defibrillators: calendar year 2009 – a World society of Arrhythmia's project". Pacing Clin Electrophysiol, 34(8), 1013 – 1027.
5. Fleischmann K.E, Orav E.J, Lamas G.A, et al (2006). "Pacemaker implantation and quality of life in the Mode Selection Trial (MOST)". Heart rhythm, 3(6), 653 – 659.
6. Barros R T d, Carvalho S M R d, Silva M A d M, et al (2014). "Evaluation of patients' quality of life aspects after cardiac pacemaker implantation". Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, 29 (1), 37-44.
7. Udo E.O, van Hemel N M, Zuithoff N P, et al (2013). "Long term quality – of – life in patients with bradycardia pacemaker implantation". Internationnal Journal of cardiology, 168 (3), 2159 – 2163.
8. Stofmeel M.A, Post W, Kelder JC, et al (2001). "Changes in quality – of – life after pacemaker implantation: Responsiveness of the Aquarel questionnaire". Pacing and Clinical Electrophysiology, 24 (3), 288

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA NEOSTIGMIN VÀ ATROPIN ĐỂ ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU SAU GÂY TÊ TỦY SỐNG HOẶC GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG TRONG SẢN KHOA

Lương Thị Hoài Khanh¹, Nguyễn Duy Ánh², Nguyễn Đức Lam³

TÓM TẮT²³

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của Neostigmin và Atropin để điều trị đau đầu sau gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng trong sản khoa. 60 sản phụ đau đầu sau gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng, đủ tiêu chuẩn lựa chọn được phân bố ngẫu nhiên để điều trị bằng Neostigmin 20mcg/kg và Atropin 10mcg/kg hoặc Paracetamol 1g. Kết quả cho thấy điểm VAS trung bình khi bệnh nhân ngồi thẳng 15 phút khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (p

$< 0,05$) ở các thời điểm sau tiêm thuốc 6 giờ, 12 giờ, 24 giờ, 36 giờ, 48 giờ, 72 giờ. Nhóm Neostigmin + Atropin không có bệnh nhân nào cần làm thủ thuật vá máu ngoài màng cứng trong khi nhóm Paracetamol có 6 bệnh nhân ($p < 0,05$).

Từ khóa: đau đầu sau gây tê tủy sống, đau đầu sau gây tê ngoài màng cứng, Neostigmin, Atropin).

SUMMARY

ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS OF NEOSTIGMINE AND ATROPINE FOR THE TREATMENT OF HEADACHE AFTER SPINAL OR EPIDURAL ANAESTHESIA IN OBSTETRIC

The objective: To evaluate the efficacy of Neostigmine and Atropine for the treatment of headache after spinal or epidural anaesthesia in obstetrics. Sixty women having headache after spinal or epidural anesthesia, eligible for research, were randomly selected to receive treatment with Neostigmine 20mcg/kg + Atropine 10mcg/kg or

¹Bệnh viện Sản nhi Nghệ An,

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội,

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Hoài Khanh

Email: luonghoaikhanh.bschn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2021

Ngày duyệt bài: 3.9.2021