

MÔ TẢ RỐI LOẠN NHỊP TIM Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH CÓ CHỨC NĂNG TÂM THU THẤT TRÁI GIẢM BẰNG HOLTER ĐIỆN TÂM ĐỒ

Trần Hoàng Dương, Lê Thị Thùy Linh

Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi các triệu chứng điển hình (khó thở, phù chân, mệt mỏi) mà có thể đi kèm các dấu hiệu như tĩnh mạch cổ nổi, rales phổi, phù ngoại vi. Suy tim là một bệnh lý ngày càng phổ biến làm giảm chất lượng cuộc sống và thời gian sống của bệnh nhân. Tại Mỹ có khoảng 6,2 triệu người mắc và tỷ lệ tử vong nội trú dao động từ 4 đến 12% [1], [2]. Ở Việt Nam ước tính khoảng 1,6 triệu người suy tim. Rối loạn nhịp tim là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân suy tim. Khoảng 50 – 60% bệnh nhân suy tim đột tử do rối loạn nhịp thất nặng [3]. Tỷ lệ rung nhĩ 10 – 50% [4].

Holter điện tâm đồ 24h là phương tiện ghi lại điện tâm đồ liên tục trong 24h và là phương tiện rẻ, không xâm lấn. Tại Hòa Bình chưa có đề tài nghiên cứu nào về rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy tim mạn tính có chức năng tâm thu thất trái giảm. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy tim mạn tính có chức năng tâm thu thất trái giảm bằng Holter điện tâm đồ 24h.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

60 BN được chẩn đoán HF rEF tại khoa nội tim mạch – BVĐK tỉnh Hòa Bình từ tháng 1/2020 đến tháng 9/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các BN suy tim EF \leq 40% nằm điều trị nội trú tại khoa Nội tim mạch.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, tim bẩm sinh, cấy máy tạo nhịp, BN đang thở máy, đeo Holter không đủ 24h.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả hồi cứu và tiền cứu.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2020 đến tháng 9/2020.

Địa điểm: Khoa nội tim mạch – BVĐK tỉnh Hòa Bình.

Quy trình nghiên cứu: BN được khám và thu thập thông tin theo mẫu bệnh án thống nhất. Theo dõi Holter điện tâm đồ 24h bằng máy Phillip Digitrank XT. Xác định các rối loạn nhịp trong thời gian đeo Holter.

Suy tim được phân loại theo ESC 2016. Phân loại rối loạn nhịp tim theo Minnesota (2010).

Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của BN $61,7 \pm 11,51$ (tuổi nhỏ nhất 39, tuổi lớn nhất 84).

Phân theo nhóm tuổi: ≤ 50 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (15%); 51 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%); 61 – 70 tuổi (30%); > 70 tuổi (21,7%). Nghiên cứu của Nguyễn Duy Toàn (2017) [5] gặp độ tuổi trung bình $65,5 \pm 12,8$ cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ BN nam (73,3%) nhiều hơn BN nữ (26,7%). Tỷ lệ này tương tự nghiên cứu Nguyễn Duy Toàn [5] (2017) và thấp hơn nghiên cứu của Phạm Nguyên Sơn [6](2007).

Bảng 1: Nguyên nhân gây suy tim

Nguyên nhân suy tim	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ(%)
THA	10	16,7%
Bệnh mạch vành	19	31,7%
Bệnh cơ tim giãn	11	18,3%
Bệnh van tim	20	33,3%

Chúng tôi gặp nhiều nhất là bệnh van tim (33,3%) và thấp nhất là bệnh tăng huyết áp (16,7%) . Kết quả này của chúng tôi khác với kết quả của Phạm Nguyên Sơn (2007)[6]. Điều này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi sống ở vùng núi, dân trí thấp nên tỷ lệ thấp tim cao là nguyên nhân chính dẫn tới suy tim do bệnh van tim đứng thứ nhất.

2. Đặc điểm rối loạn nhịp tim trong holter điện tâm đồ 24h

Bảng 2: Rối loạn nhịp trên thất trong Holter điện tâm đồ 24h

Rối loạn nhịp tim	Số bệnh nhân n = 60	Tỷ lệ %
Ngoại tâm thu nhĩ	46	76,7%
Nhanh nhĩ	0	0
Rung nhĩ	16	26,7%

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ ngoại tâm thu nhĩ là 76,7% cao hơn nhiều so với Nguyễn Duy Toàn (2017)[5]. Tỷ lệ rung nhĩ của chúng tôi là 26,7% cao hơn nghiên cứu của Đào Minh Đức (2017)[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gặp đa phần là rung nhĩ mạn tính chỉ gặp 1 ca rung nhĩ cơn. Rối loạn nhịp trên thất ở bệnh nhân suy tim rất đa dạng và phức tạp, tuy nhiên ngoại tâm thu nhĩ, nhanh nhĩ, rung nhĩ là các rối loạn nhịp trên thất thường gặp nhất có liên quan chặt chẽ đến biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng, tiên lượng và điều trị bệnh nhân suy tim. Các rối loạn nhịp này do nguyên nhân suy tim gây nên và hậu quả của suy tim gây nên. Ngược lại, khi xuất hiện nhiều NTT nhĩ, nhịp nhanh trên thất, và rung nhĩ sẽ làm cho các triệu chứng của suy tim nặng hơn do mất đồng bộ giữa nhĩ – thất và do nhịp thất nhanh khi rung nhĩ, tăng nguy cơ đột quỵ não và nguy cơ tử vong ở bệnh nhân suy tim [8].

Bảng 3: Rối loạn nhịp thất trong Holter điện tâm đồ 24h

Rối loạn nhịp tim	Số bệnh nhân (n = 60)	Tỷ lệ %
Ngoại tâm thu thất	43	71,7%
Cơn tim nhanh thất không bền bỉ	8	13,3%
Cơn tim nhanh thất bền bỉ	0	0%

Tỷ lệ ngoại tâm thu thất trong nghiên cứu chúng tôi là 71,7% trong đó ngoại tâm thu thất đa dạng chiếm 11,7% tương đương nghiên cứu của Đào Minh Đức (2017) [7]. Tỷ lệ cơn tim nhanh thất không bền bỉ là 13,3%. Hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước đều chỉ ra rằng , tỷ lệ rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân suy tim hoặc có giảm chức năng tâm thu thất trái cao, khi có NTT thất số lượng nhiều đặc biệt là có cơn nhanh thất không bền bỉ ở bệnh nhân HFrEF sẽ tăng nguy cơ tử vong và đột tử [8]. Theo de Sousa MR (2008) tổng hợp từ 11 nghiên cứu lớn, với hơn 1000 bệnh nhân, thấy rằng nhanh thất không bền

bỉ có vai trò quan trọng trong dự đoán đột tử ở bệnh nhân HFrEF, không có cơn nhanh thất không bền bỉ thì nguy cơ đột tử thấp hơn [9].

IV. KẾT LUẬN

Rối loạn nhịp là thường gặp trên bệnh nhân suy tim mạn tính có chức năng tâm thu thất trái giảm. Rối loạn nhịp thường gặp là ngoại tâm thu thất và rung nhĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benjamin Emelia J., Muntner Paul, Alonso Alvaro, et al. (2019). Heart Disease and Stroke Statistics—2019 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, **139(10)**, e56–e528.
2. Adams K.F., Fonarow G.C., Emerman C.L., et al. (2005). Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: Rationale, design, and preliminary observations from the first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). *Am Heart J*, **149(2)**, 209–216.
3. Ebinger M.W., Krishnan S., and Schuger C.D. (2005). Mechanisms of ventricular arrhythmias in heart failure. *Curr Heart Fail Rep*, **2(3)**, 111–117.
4. McMurray J.J.V., Adamopoulos S., Anker S.D., et al. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*, **33(14)**, 1787–1847.
5. Nguyễn Duy Toàn (2017), *Nghiên cứu rối loạn nhịp tim và rối loạn dẫn truyền trong thất ở bệnh nhân suy tim mạn tính có giảm phân số tổng máu thất trái*, Luận án Tiến sĩ, Học viện Quân Y.
6. Phạm Nguyên Sơn (2007). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh nhân suy tim tâm thu và suy tim tâm trương. *Y học Việt Nam*, **6**, 7–13.
7. Đào Minh Đức (2017), *Nghiên cứu đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy tim mạn tính với chức năng tâm thu thất trái giảm*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.

8. Masarone D., Limongelli G., Rubino M., et al. (2017). Management of Arrhythmias in Heart Failure. *J Cardiovasc Dev Dis*, **4(1)**.
9. de Sousa M.R., Morillo C.A., Rabelo F.T., et al. (2008). Non-sustained ventricular tachycardia as a predictor of sudden cardiac death in patients with left ventricular dysfunction: a meta-analysis. *Eur J Heart Fail*, **10(10)**, 1007–1014.