

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ Ở NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG WOLFF-PARKINSON-WHITE CÓ VÀ KHÔNG CÓ CƠN RUNG NHỊ

Trần Song Giang¹, Lê Sỹ Hiệu², Chu Dũng Sĩ^{1,3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu (NC) sự khác biệt Đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) và yếu tố nguy cơ ở người bệnh (NB) hội chứng Wolff - Parkinson - White (WPW) có cơn rung nhĩ (RN) và không có RN qua thăm dò điện sinh lý học tim (ĐSLHT). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 49 NB vào điều trị tại Viện tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 8/2020 - 8/2021 được chia làm 2 nhóm: Nhóm NC gồm 18 NB hội chứng WPW có cơn RN (trên LS hoặc trong thăm dò ĐSLHT) và nhóm chứng gồm 31 NB có hội chứng WPW điển hình trên Điện tâm đồ (ĐTĐ) khi nhịp xoang. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm NC là $43,8 \pm 17,6$ năm. Tỷ lệ nam giới trong nhóm WPW có RN cao hơn nhóm WPW không có RN (83,3% so với 48,3%) với $p < 0,05$, tỷ lệ nữ giới trong nhóm WPW có RN lại thấp hơn so với nhóm WPW không có RN (38,8% so với 51,7%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Triệu chứng choáng, ngất trong cơn RN gặp ở nhóm RN (27,8%) cao hơn nhóm không có RN (6,5%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tần số tim trong cơn RN trung bình là 205 ± 47 nhịp/phút. Trên ĐTĐ trong cơn RN có khoảng RR ngắn nhất là 246 ± 40 ms. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về các chỉ số CLS (huyết học, sinh hóa, ĐTĐ) và các yếu tố nguy cơ.

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ, hội chứng wpw, rung nhĩ

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Wolff-Parkinson-White (WPW) là hội chứng do tồn tại đường nối tắt từ tâm nhĩ tới tâm thất bỏ qua nút nhĩ thất, nên xung động điện từ nút xoang không chỉ đi qua nút nhĩ-thất mà còn đi theo một đường dẫn truyền nối từ nhĩ xuống thất gọi là đường dẫn truyền phụ (ĐDTP) (hay là cầu Kent), khi đó một phần của tâm thất sẽ được khử cực sớm hơn so với bình thường tạo nên hình ảnh điện tâm đồ (ĐTĐ) đặc trưng được gọi là hội chứng WPW [1], [2].

Rung nhĩ (RN) là rối loạn nhịp thường gặp sau cơn nhịp nhanh do vòng vào lại nhĩ thất (AVRT), đôi khi xuất hiện đơn độc ở hội chứng WPW⁷, Tỷ lệ RN ở hội chứng WPW gặp 10 – 32% [1], [2], [3]. Khi RN ở WPW xung động dẫn truyền rất nhanh xuống tâm thất qua ĐDTP, dễ gây rối loạn huyết động, nguy hiểm nhất là đột tử do rung thất [1], [2], [3].

Theo các nghiên cứu (NC) thì tỷ lệ đột tử do tim ở người bệnh (NB) mắc hội chứng WPW thấp 0,25 – 0,39% mỗi năm. Mặc dù tỷ lệ đột tử thấp, nhưng tử vong ở những NB có quả tim gần như bình thường [1], [2], [3]. Do đó việc kiểm soát RN ở NB có hội chứng WPW cũng là một vấn đề quan trọng. Vậy câu hỏi đặt ra cơ chế nào gây có thể gây RN ở NB có hội chứng WPW? Yếu tố nào trên lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) gợi ý giúp chúng ta nhận biết được các yếu tố nguy cơ này như thế nào

Thế giới cũng nhiều tác giả NC về RN ở hội chứng WPW như Campbell KW [4], Oddsson H [5], Kalarus Z [6]... Tại Việt Nam cũng nhiều tác giả NC về hội chứng

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Đa khoa khu vực Ngọc Lặc

³Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng - Vĩnh Bảo

⁴Bộ môn Nội Y học hiện đại, Học viện Y Dược CT Việt Nam

Tác giả thực hiện chính: **Trần Song Giang**

Tác giả chịu trách nhiệm khoa học:

Chu Dũng Sĩ

Email: sichu.bvbachmai@gmail.com

Ngày tiếp nhận: 13/02/2023

Ngày phản biện: 03/3/2023

Ngày chấp nhận đăng: 30/3/2023

WPW như Chu SD và cộng sự [2]... Tuy nhiên ít có NC về RN ở hội chứng WPW. Do đó chúng tôi tiến hành NC này với mục tiêu chính là “So sánh đặc điểm LS, CLS và các yếu tố nguy cơ ở NB hội chứng WPW có và không có cơn RN”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 49 người bệnh WPW vào điều trị tại Viện tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 8/2020 – 8/2021.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả 49 người bệnh NC được chia làm 2 nhóm:

Nhóm nghiên cứu: Gồm 18 NB hội chứng WPW có cơn RN phát hiện trên lâm sàng hoặc trong thăm dò điện sinh lý học tim (ĐSLHT).

Nhóm chứng: gồm 31 NB có hội chứng WPW điển hình trên ĐTD khi nhịp xoang, trong tiền sử hoặc hiện tại có các RLNT thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn ĐTD hội chứng WPW [1], [2]: Khoảng PR ngắn < 0,12s với sóng P bình thường. Có sóng delta là phần trát đậm ở phần đầu phức bộ QRS. Phức bộ QRS giãn rộng bất thường $\geq 0,11$ s. Có thể có sự thay đổi của đoạn ST và T: Chênh trái chiều với sóng delta và phần chính của phức bộ QRS

Chẩn đoán ĐTD rung nhĩ ở hội chứng WPW [1], [2]: Tần số thất thường rất nhanh > 200 chu kỳ/phút, không đều; Không thấy sóng P; QRS thay đổi về hình dạng và hình thái; Trục vẫn ổn định không giống như nhanh thất đa hình.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: NC mô tả chùm bệnh. Chọn mẫu thuận tiện, theo trình tự thời gian

2.3.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian NC: từ tháng 8/2020 – 8/2021.

Địa điểm NC: Viện tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai.

2.3.3. Các biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của nhóm NC:

Tuổi, Giới tính, Rối loạn lipid máu (RLLPM), Đái tháo đường, tăng huyết áp (THA), bệnh van tim, bệnh mạch vành, cường giáp.

Các yếu tố nguy cơ: Hút thuốc, Thừa cân, béo phì (xác định dựa vào BMI của NB)

Đặc điểm lâm sàng: Nhịp tim, huyết áp, hồi hộp trống ngực, đau ngực, khó thở, choáng, ngất

Các biến số CLS: XN máu với các biến số: Huyết học, Sinh hóa (Ure máu, Creatinin, Glucose máu, lipid máu). Điện tâm đồ (ĐTD) 12 chuyển đạo: Tần số tim, Khoảng PR, Độ rộng QRS, Sóng delta. Siêu âm tim: Kích thước nhĩ trái, Dd, Ds, EF, bệnh lý về van tim, và các bệnh tim kèm theo.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 20. Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn; Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh các giá trị trung bình bằng kiểm định T-test; so sánh tỷ lệ bằng kiểm định Chi bình phương (χ^2). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi giới:

NC trong thời gian từ 8/2020 - 8/2021 có 49 NB có hội chứng wpw, được chia làm 2 nhóm có 18 trường hợp RN cơn (gồm 6 trường hợp RN cơn trên lâm sàng và 12 trường hợp trong thăm dò ĐSLHT) và 31 trường hợp không có RN vào điều trị tại Viện Tim Mạch Bệnh viện Bạch Mai, kết quả:

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, giới

Đặc điểm		Chung		WPW rung nhĩ		WPW không rung nhĩ		p
		n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Tuổi (Năm)	Chung	49	43,8 ± 17,6	18	49,2 ± 15,6	31	40,7 ± 15,4	>0,05
	Nam	30	42,5 ± 14,3	15	46,3 ± 14,6	15	41,8 ± 13,5	>0,05
	Nữ	19	55,6 ± 15,7	3	63,7 ± 14,2	16	52,3 ± 16,3	>0,05
Giới tính		n	%	n	%	n	%	
Nam		30	61,2	15	83,3	15	48,3	<0,05
Nữ		19	38,8	3	16,7	16	51,7	

Bảng 3.1: Tuổi trung bình của nhóm NC 43,8 ± 17,6 tuổi. Nữ giới có độ tuổi trung bình (55,6 ± 15,7) cao hơn nam giới (42,5 ± 14,3) với $p > 0,05$. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (61,2% so với 38,8%) với $p > 0,05$. Tỷ lệ Nam giới trong nhóm WPW có RN cao hơn nhóm không có RN (83,3% so với 48,3%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); trong khi tỷ lệ Nữ giới trong nhóm WPW có RN lại thấp hơn so với nhóm không có RN (38,8% so với 51,7%), sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuổi được biết là một yếu tố nguy cơ độc lập của RN, tuổi càng cao nguy cơ RN càng tăng [7], sự gia tăng này được giải thích bằng sự gia tăng của gánh nặng bệnh tật tăng lên theo tuổi. Tương đồng là Oddsson H [5] NC hội chứng WPW gồm 54 NB có RN và 129 NB không có RN. Độ tuổi trung bình của mẫu NC là 37 ± 16 tuổi [10 - 79]. Độ tuổi trung bình của nhóm có RN (45 ± 15 tuổi) cao hơn nhóm không có RN (34 ± 16 tuổi) với $p = 0,0001$. Chung cả 2 nhóm tỷ lệ nam/nữ là 108/75. Tỷ lệ nam ở nhóm có RN (74%) cao hơn nhóm không có RN (53%) với $p = 0,004$.

Tuy nhiên Kalarus Z [6] có 114 NB hội chứng WPW qua thăm dò ĐSLHT cho thấy 42 trường hợp có RN (36,84%) và 72 (63,16%) không có RN. Độ tuổi trung bình của nhóm có RN và không có RN lần lượt là 37,0 và 37,4 tuổi. Tỷ lệ nữ giới ở nhóm

có RN (47,62%) lại cao hơn nhóm không có RN (40,28%); Nhưng sự khác biệt về tuổi và giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê [6]. NC của Bauernfeind RA [8], độ tuổi trung bình của nhóm NC là 36 ± 15 tuổi [12 - 67], không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình giữa nhóm hội chứng WPW có RN ($n = 30$) và nhóm không có RN ($n = 58$) [8], sự khác biệt về tỷ lệ giới tính giữa hai nhóm cũng không có sự khác biệt. Waspe LE [9] cho thấy độ tuổi giữa nhóm hội chứng WPW có RN là 29 ± 8 tuổi [13 - 39] và nhóm hội chứng WPW không có RN là 32 ± 11 tuổi [17 - 70], còn tỷ lệ nam/nữ ở nhóm có RN và không RN lần lượt là 7/11 và 6/9, đều khác biệt không có ý nghĩa thống kê [9]. Nhóm Emkanjoo Z ($n=119$) [10], độ Tuổi trung bình của nhóm WPW có RN và không có RN là 33,3 ± 11,5 và 35,3 ± 13,8 tuổi, tỷ lệ nam giới ở nhóm có RN (66,7%) cao hơn nhóm không có RN (48,8%) [10]; Tuy nhiên, sự khác nhau về tuổi trung bình và tỷ lệ giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. NC của chúng tôi có khác một số tác giả trên có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi bé, một số tác giả NC trên nhóm đối tượng có trẻ em [5], [8], [9] nên có sự khác nhau.

Mặc dù vậy, Chen PS [11] báo cáo tuổi trung bình nhóm WPW có RN ($n = 166$) là 32 ± 14 tuổi và nhóm không có RN ($n=176$) là 29 ± 15 tuổi. Sự khác biệt về

tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, nhưng tỷ lệ nam/nữ ở nhóm có RN (121/45) là khác so với nhóm không có RN (102/74), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) [11], tương đồng với NC chúng tôi. Mặt khác khi đối chiếu với các NC chung về RN như NC hồi cứu lớn về người lớn tuổi (≥ 65 tuổi) của Hoa Kỳ vào năm 2007 đã báo cáo tỷ lệ mắc RN ở phụ nữ (7,4%) là thấp hơn so với nam giới (10,3%). NC Framingham trong giai đoạn

1998–2007 cũng cho kết quả tương tự; tỷ lệ hiện mắc ở phụ nữ là 49,4% thấp hơn ở nam giới (96,2%) [12]; Ngoài ra, một thử nghiệm đối chứng, ngẫu nhiên, dựa trên cộng đồng ở Thụy Điển, trong đó các cá nhân từ 75–76 tuổi được đăng ký để sàng lọc RN, cho thấy tỷ lệ RLNT này ở phụ nữ cũng thấp hơn ở nam giới (9,2% so với 15%) [13], phù hợp NC chúng tôi.

3.2. Bệnh lý kèm theo và các yếu tố nguy cơ tim mạch

Bảng 3.2. Bệnh lý kèm theo và một số yếu tố nguy cơ tim mạch

Đặc điểm chung	WPW rung nhĩ		WPW không rung nhĩ		Chung	
	n	%	n	%	n	%
1. Bệnh lý kèm theo:						
Tăng huyết áp	6	33,3	3	9,7	9	18,9
Bệnh mạch vành	0	0	3	9,7	3	6,1
Bệnh van tim	0	0	1	3,3	1	2,1
Cường giáp	1	5,6	1	3,3	2	4,2
2. Các yếu tố nguy cơ:						
Hút thuốc	1	5,6	1	3,3	2	4,2
Rối loạn Lipid máu	1	5,6	1	3,3	2	4,2
Thừa cân, béo phì	2	11,3	6	19,3	8	16,8

Qua **Bảng 3.2** đánh giá về bệnh kèm theo giữa hai nhóm NB cho thấy THA là bệnh kèm theo gặp nhiều nhất ở cả 2 nhóm NB 18,9% chung cho cả hai nhóm. Tỷ lệ mắc bệnh THA ở nhóm hội chứng WPW có RN (33,3%) cao hơn nhóm WPW không RN (9,7%). Ngoài ra còn gặp các yếu tố khác như thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu, hút thuốc. Trong NC này, không ghi nhận trường hợp nào có bệnh tim bẩm sinh (đặc biệt là bệnh Ebstein - là loại tim bẩm sinh có liên quan mạnh nhất đến hội chứng WPW) và các bệnh van tim, cơ tim...

Theo các báo cáo hầu hết người bệnh WPW không có cùng tồn tại bất thường về bệnh tim cấu trúc, nhưng bất

thường Ebstein là bệnh tim bẩm sinh liên quan chặt chẽ nhất với hội chứng WPW, ngoài ra mối liên hệ giữa sa van hai lá với ĐDTP bên trái, và hình thái WPW gia đình có liên quan đến bệnh cơ tim phì đại [3], [7]. Tuy nhiên trong quá trình phát triển của con người cùng với sự gia tăng về tuổi đồng hành với sự gia tăng về khả năng mắc các bệnh đi kèm và các yếu tố nguy cơ tim mạch như: THA, tiểu đường, bệnh mạch vành, bệnh nội tiết chuyển hóa, rối loạn lipid máu, hút thuốc...

Trong những năm gần đây nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh đồng mắc được xác định liên quan đến sự phát triển và tiến triển của RN nói chung, một số yếu tố không thể thay đổi được như tuổi, giới, dân tộc, gen... tuy nhiên một số yếu

tổ có thể thay đổi được như: THA, bệnh mạch vành, suy tim, tiểu đường, cường giáp, béo phì... nếu kiểm soát tốt những yếu tố đó giúp chúng ta kiểm soát được sự phát triển và tiến triển của RN [3], [7].

Nhóm Emkanjoo Z [10] NC 88 NB hội chứng WPW. Trong số 30 NB hội chứng WPW có RN, 13 trường hợp có bệnh tim mạch kèm theo gồm: 1 bệnh mạch vành, 1 THA, 1 bệnh cơ tim, 4 bệnh van tim, 2 bệnh tim bẩm sinh (Ebstein). Trong số 58 NB hội chứng WPW không có RN, 15 trường hợp có bệnh tim mạch kèm theo gồm: 2 bệnh mạch vành, 5 THA, 3 bệnh cơ tim, 2 bệnh van tim, 1 tâm phế mạn, 2 bệnh tim bẩm sinh (1 thông liên nhĩ, 1 dị tật đảo gốc động mạch).

Theo Chen PS [11], bệnh lý tim kèm theo chiếm 37/166 (22,3%) ở nhóm hội chứng WPW có RN và 57/176 (32,4%) ở nhóm không RN, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,049$. Các trường hợp có bệnh lý tim kèm theo ở nhóm có RN gồm 1 bệnh tim bẩm sinh, 3 bệnh mạch vành, 13 bệnh Ebstein, 2 bệnh cơ tim phì đại, 2 bệnh cơ tim giãn vô căn, 12 sa van 2 lá, 2 bệnh cơ tim do nhịp nhanh và 6 bệnh van tim. Ở nhóm không có RN, các trường hợp bệnh mắc kèm gồm 2 bệnh tim bẩm sinh, 13 bệnh mạch vành, 16 bệnh Ebstein, 1 bệnh cơ tim phì đại, 6 bệnh cơ tim giãn vô căn, 14 sa van 2 lá, 5 bệnh cơ tim do nhịp nhanh và 2 bệnh van tim. Tác giả Chen PS [11] đưa ra kết luận rằng sa van 2 lá và bệnh Ebstein là mặt bệnh tim kèm theo gặp nhiều nhất trong NC của họ.

Trong khi đó, Oddsson H [5] NC cho thấy bệnh tim kèm theo ở nhóm WPW có RN và không có RN chiếm 9/54 và 17/129 trường hợp; tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ có bệnh tim kèm theo giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. Cụ thể, ở nhóm có RN có 3 NB thiếu máu cơ tim cục bộ, 3 THA và 3 bệnh cơ tim phì đại. Ở

nhóm không có RN có 4 NB thiếu máu cơ tim cục bộ, 1 THA, 2 thông liên thất, 1 bệnh cơ tim hạn chế, 2 bệnh van tim, 1 giãn động mạch chủ và 6 bệnh cơ tim phì đại.

Nhóm NC của Kalarus đánh giá trên 42 người bệnh WPW có RN và 72 NB không có RN. Ở nhóm có RN, có 4,76% bệnh mạch vành, 9,52% THA, 4,76% sa van hai lá, 2,38% bệnh cơ tim. Ở nhóm không RN, 4,16% bệnh mạch vành, 6,94% THA, 4,16% sa van hai và là không có trường hợp nào bệnh cơ tim. Sự khác biệt về bệnh tim kèm theo ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê [6]. NC của Waspe LE thu được kết quả sự khác biệt về tỷ lệ có bệnh tim kèm theo ở nhóm WPW có RN (3/11 trường hợp) và không có RN (2/9 trường hợp) là không có ý nghĩa thống kê. Bệnh tim kèm theo ở nhóm WPW có RN gồm 1 bệnh mạch vành, 1 sa van 2 lá và 1 hẹp van 2 lá do thấp tim. Bệnh tim kèm theo ở nhóm WPW không có RN là 2 trường hợp bệnh mạch vành [9]. Campbell RW [4] NC 100 trường hợp WPW, trong đó Nhóm có RN ($n=32$) gồm 1 trường hợp Ebstein, 1 bệnh cơ tim, 1 bệnh van hai lá, 1 bệnh van động mạch chủ, 1 bệnh THA, 1 bệnh phế quản mạn; Nhóm không có RN ($n=68$) gồm 5 trường hợp hẹp van hai lá bằng bóng, 3 Ebstein, 3 bệnh cơ tim, 2 bệnh mạch vành, 1 THA, 1 bệnh van hai lá, 1 bệnh van hai lá kèm van động mạch chủ.

NC của chúng tôi ít gặp các bệnh lý tim bẩm sinh như Ebstein, có lẽ do cỡ mẫu thấp, ngoài ra đối tượng NC của chúng tôi có độ tuổi trung bình cao ($49,2 \pm 15,6$ năm), do vậy cũng sẽ ít gặp các bệnh này, đồng thời sự gia tăng về tuổi đồng hành với tăng khả năng mắc các bệnh tim mạch đi kèm như THA, bệnh mạch vành, tiểu đường... cũng chính là yếu tố nguy cơ của RN nói chung và RN ở hội chứng WPW nói riêng. Sự gia tăng này được giải thích bằng các tác động bất lợi của các bệnh lý trên tới tổn thương cơ tâm nhĩ [4].

3.3. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	WPW có rung nhĩ n(%)	WPW không rung nhĩ, n(%)	p
Hội hợp đánh trống ngực	17 (94,4%)	30 (96,8%)	> 0,05
Đau hoặc tức ngực	2 (11,1%)	8 (25,8%)	> 0,05
Khó thở	2 (11,1%)	4 (12,9%)	> 0,05
Choáng/ngất	5 (27,8%)	2 (6,5%)	<0,05

Bảng 3.3: Triệu chứng hội hợp đánh trống ngực chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm có và không có cơn RN (94,4% so với 96,8%), tỷ lệ xuất hiện khá tương đồng giữa 2 nhóm, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Nhóm WPW có RN xuất hiện triệu chứng choáng/ngất với tỉ lệ cao hơn nhóm không có RN (27,8% so với 6,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tác giả Waspe LE báo cáo kết quả NC triệu chứng lâm sàng trên nhóm WPW có RN gồm ngất (5/11 trường hợp), hội hợp đánh trống ngực (5/11 trường hợp), choáng (1/11 trường hợp); đáng chú ý có một trường hợp ngừng tim. Trong số 9 trường hợp ở nhóm WPW không có RN có 5 trường hợp choáng, 3 trường hợp hội hợp đánh trống ngực và 1 trường hợp ngất [9].

Trong các nhóm triệu chứng trên, sự hiện diện của triệu chứng ngất ở hội chứng WPW cũng đã được một số tác giả đánh giá nguy cơ đột tử. Auricchio V và cộng sự NC trên 36 người bệnh WPW có ngất và 65 NB không có ngất, tác giả thấy rằng sự

xuất hiện của triệu chứng ngất có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp để nhận biết các loạn nhịp nguy hiểm ở hội chứng WPW. Tương tự Auricchio A. cũng thấy rằng ngất là một triệu chứng thường gặp ở NB có hội chứng WPW nhưng sự xuất hiện của nó không xác định được nguy cơ đột tử. Hơn nữa giá trị tiên lượng của nó thấp hơn so với khoảng thời gian RR < 250ms trong cơn RN và thời gian chịu nhiệt độ khi điều trị RF của ĐDTP < 270ms. Tuy nhiên theo Paul T. NC trên 74 NB có tuổi ≤ 25 tuổi thấy rằng ở những NB trẻ mắc hội chứng WPW, sự xuất hiện của RN với đáp ứng thất nhanh trong quá trình NC điện sinh lý tương quan tốt với tiền sử ngất và có thể là nguyên nhân gây ngất ở hầu hết NB (độ nhạy 64%, độ đặc hiệu 100%) [15]. Do đó những người bệnh WPW trẻ tuổi xuất hiện ngất cũng là một dấu hiệu cần lưu ý và cần đánh giá kỹ các nguy cơ ở những NB này.

3.4. So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân WPW có và không có cơn rung nhĩ

Bảng 3.4. Đặc điểm các xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu

Chỉ số xét nghiệm	WPW có rung nhĩ ($\bar{X} \pm SD$) (n=18)	WPW không rung nhĩ ($\bar{X} \pm SD$) (n=31)	P
a. Sinh hóa máu			
Glucose	6,1 $\pm$ 0,9	5,9 $\pm$ 0,6	>0,05
Cholesterol	4,9 $\pm$ 1,0	4,6 $\pm$ 1,1	>0,05
LDL - Cholesterol	2,1 $\pm$ 0,7	2,1 $\pm$ 0,4	>0,05
HDL - Cholesterol	1,2 $\pm$ 0,3	1,4 $\pm$ 0,2	>0,05
Creatinin (mmol/l)	76,6 $\pm$ 14,6	68 $\pm$ 13,8	>0,05
Na ⁺ (mmol/l)	140,2 $\pm$ 3,6	138,3 $\pm$ 2,7	>0,05

K^+ (mmol/l)	$3,6 \pm 0,3$	$3,9 \pm 0,6$	$>0,05$
Cl^- (mmol/l)	$103,0 \pm 2,9$	$99,4 \pm 2,5$	$>0,05$
Troponin T	$15,9 \pm 6,2$	$14,2 \pm 3,4$	$>0,05$
b. Huyết học			
Hồng cầu (T/l)	$4,7 \pm 0,6$	$4,3 \pm 0,8$	$>0,05$
Hb (g/l)	$134,9 \pm 18,0$	$136,1 \pm 9,0$	$>0,05$
Bạch cầu (G/l)	$8,1 \pm 3,3$	$7,8 \pm 2,6$	$>0,05$
Tiểu cầu (G/l)	$256,5 \pm 50,4$	$238,3 \pm 22,7$	$>0,05$
c. Đặc điểm điện tim và siêu âm tim			
PR (ms)	$112,1 \pm 8,0$	$114 \pm 3,6$	$>0,05$
QRS (ms)	$131,3 \pm 7,4$	$123 \pm 8,4$	$>0,05$
Sóng delta dương ở V1 (%)	55,6	48,4	$>0,05$
Sóng delta âm ở V1 (%)	44,4	51,6	$>0,05$
NT(mm)	$32,5 \pm 3,6$	$34,2 \pm 2,2$	$>0,05$
Dd (mm)	$45,9 \pm 2,6$	$46,1 \pm 3,4$	$>0,05$
EF (%)	$64,2 \pm 5,4$	$63,0 \pm 6,7$	$>0,05$

Các chỉ số sinh hóa máu, huyết học, các đặc điểm trên điện tim và siêu âm tim của hai nhóm có và không có RN đều có chỉ số trung bình trong giới hạn bình thường (**Bảng 3.4**), Không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Kết quả tương đồng với Longle M khi NC từ 1995 - 2003 cũng gồm 2 nhóm 44 người bệnh WPW có RN và 373 NB không có RN thấy Không có sự khác biệt đáng kể về kích thước tâm nhĩ, phân suất tổng máu thất trái giữa hai nhóm [3]. Mặc dù có thể hình thái tâm nhĩ trên siêu âm chưa có sự thay đổi nhưng có thể đã có bất thường trong cấu trúc của chính tâm nhĩ là yếu tố gây nên cơn RN [14], điều này được chứng minh bằng một số NC thấy rằng RN vẫn xuất hiện sau khi NB đã được triệt đốt ĐDTP [14].

5. KẾT LUẬN

NC So sánh đặc điểm LS, CLS và yếu tố nguy cơ ở 49 người bệnh WPW bao gồm 18 trường hợp có cơn RN và 31 trường hợp không có RN qua thăm dò ĐSLHT cho kết quả:

- Tuổi trung bình của nhóm NC là $43,8 \pm 17,6$ năm. Nữ giới có độ tuổi trung bình cao hơn nam giới ($p > 0,05$), Nam giới chiếm tỷ lệ 61,2% cao hơn nữ giới là 38,5% ($p > 0,05$), chưa có sự khác biệt.

- Tỷ lệ nam giới trong nhóm WPW có RN cao hơn nhóm WPW không có RN (83,3% so với 48,3%) với $p < 0,05$, tỷ lệ nữ giới trong nhóm WPW có RN lại thấp hơn so với nhóm WPW không có RN (38,8% so với 51,7%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Triệu chứng hồi hộp đánh trống ngực chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm có và không có cơn RN. Triệu chứng choáng, ngất trong cơn RN gặp ở nhóm RN (27,8%) cao hơn nhóm không có RN (6,5%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tần số tim trong cơn RN trung bình là 205 ± 47 nhịp/phút. Trên ĐTĐ trong cơn RN có khoảng RR ngắn nhất là 246 ± 40 ms.

- Các chỉ số xét nghiệm huyết học, sinh hóa, ĐTĐ có trị số trung bình trong giới hạn bình thường, không có sự khác

biệt giữa 2 nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Surawicz B., Knilans T.K., Chou T.C.(2008).** Electrocardiography in clinical practical, adult and pediatric. W.B. Saunders Company, Philadelphia, USA.; 2008.
2. **Chu SD, Khanh PQ, Dong TV. (2018).** Development and evaluation of surface electrocardiogram in the septal accessory pathway localization in typical Wolff - Parkinson - White syndrome. Biomedical Research and Therapy; 5 (9): 2680 - 2687
3. **Longle M., Yibo L., Lexin W. (2004).** Relationship between accessory pathway location and occurrence of atrial fibrillation in patients with atrioventricular re-entrant tachycardia. Experimental and clinical cardiology; 9 (3): 196-199.
4. **Campbell RW, Smith RA, Gallagher JJ et al (1997).** Atrial fibrillation in the preexcitation syndrome. The American journal of cardiology; 40 (4): 514-520.
5. **Oddsson H, Edvardsson N, Walfridsson H (2022).** Episodes of atrial fibrillation and atrial vulnerability after successful radiofrequency catheter ablation in patients with Wolff–Parkinson–White syndrome. Europace; 4 (2): 201-206.
6. **Kalarus Z, Kowalski O, LENARCZYK R et al (2003).** Electrophysiological Features of Orthodromic Atrioventricular Reentry Tachycardia in Patients with Wolff-Parkinson-White Syndrome and Atrial Fibrillation. Pacing and clinical electrophysiology; 26 (7p1): 1479-1488
7. **Kornej J, Börschel CS, Benjamin E et al (2020).** Epidemiology of Atrial Fibrillation in the 21st Century: Novel Methods and New Insights. Circulation research; 127(1): 4-20
8. **Bauernfeind RA, Wyndham CR, Swiryn SP et al (1981).** Paroxysmal atrial fibrillation in the Wolff-Parkinson-White syndrome. The American journal of cardiology; 47(3): 562-569.
9. **Waspe LE, Brodman R, Kim SG (1986).** Susceptibility to atrial fibrillation and ventricular tachyarrhythmia in the Wolff-Parkinson-White syndrome: role of the accessory pathway. American heart journal; 112 (6): 1141-1152.
10. **Emkanjoo Z, Ebadi K, Sharifi M et al (2010).** Electrophysiological characteristics of orthodromic reentrant tachycardia in patients with Wolf–Parkinson–White syndrome and atrial fibrillation. International journal of cardiology; 142 (2): 196-198.
11. **Chen PS., Pressley JC., Tang ASL. et al (1992).** New observations on atrial fibrillation before and after surgical treatment in patients with the Wolff-Parkinson-White syndrome. Journal of the American College of Cardiology; 19 (5) :974-981.
12. **Schnabel RB, Yin X, Gona P et al (2015).** 50 year trends in atrial fibrillation prevalence, incidence, risk factors, and mortality in the Framingham Heart Study: a cohort study. Lancet (London, England); 386 (9989):154-162.
13. **Svennberg E, Engdahl J, Al-Khalili F et al (2015).** Mass Screening for Untreated Atrial Fibrillation: The STROKESTOP Study. Circulation; 131 (25): 2176-2184.
14. **Paul T, Guccione P, Garson A, Jr (1990).** Relation of syncope in young patients with Wolff-Parkinson-White syndrome to rapid ventricular response during atrial fibrillation. The American journal of cardiology; 65 (5): 318-321.
15. **Mujović N, Grujić M, Mrda S et al (2010).** Recurrence of atrial fibrillation after successful radiofrequency catheter ablation of accessory pathway in patients with Wolff-Parkinson-White syndrome. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo; 138 (3-4): 170-176.

SUMMARY**THE DIFFERENT CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS IN PATIENTS WITH WOLFF – PARKINSON – WHITE SYNDROME BETWEEN THOSE WITH AND WITHOUT ATRIAL FIBRILLATION****Tran Song Giang¹, Le Sy Hieu² Chu Dung Si^{1,3,4}**¹Bachmai Hospital²Ngoc Lac area General Hospital³HaiPhong-VinhBao International General Hospital⁴Department of Modern Internal Medicine, VietNam University Of Traditional Medicine

Objective: The purpose of this research was study different the clinical, subclinical characteristics and risk factors in patients with Wolff - Parkinson - White (WPW) syndrome between those with and without atrial fibrillation underwent electrophysiological study. **Subjects and Methods:** A total of 49 patients with WPW syndrome in the Vietnam Heart Institute at Bachmai Hospital (period august, 2020 to august, 2021) were divided into two groups: Those with AF (group 1, n = 18) and those without AF (group 2, n = 31). We compared the clinical, subclinical and risk factors between two group of patients with and without AF attacks. **Results:** The results showed that the average age of $43,8 \pm 17,6$ years. There was a different in the percentage of the man in the WPW group with AF higher than the WPW without AF (83,3% vs 48,3%), $p < 0,05$; the percentage of the women in the WPW group with AF lower than the WPW group without AF (38,8% vs 51,7%), $p < 0,05$. Patients has symptoms of lightheadedness and fainting in the group with AF (27,8%) higher than the group without AF (6,6%) with statistical significance ($p < 0,05$). On the Electrocardiogram of the WPW patients in AF attack has average heart beat is 205 ± 47 beats/minute and the shortest RR is 246 ± 40 ms. There was no significant different in the wpw between the two groups about the subclinical (hematology, biochemical and electrocardiogram) and risk factors.

Keywords: Clinical, subclinical, risk factor, wpw syndrome, atrial fibrillation.