

RỐI LOẠN NHỊP, RỐI LOẠN DẪN TRUYỀN VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN KHÁM TIM MẠCH TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN 103

Hoàng Đình Anh^{1*}, Nguyễn Thị Hà¹

TÓM TẮT: Nghiên cứu mối liên quan giữa một số rối loạn nhịp tim, rối loạn dẫn truyền với yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đến khám bệnh tại khoa khám bệnh BV 103. Chúng tôi khảo sát 261 bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ (YTNC) tim mạch như: hút thuốc lá, nghiện rượu, rối loạn chuyển hóa (RLCH) lipid, tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ). Các bệnh nhân này có ít nhất 1 hoặc nhiều các yếu tố nguy cơ. Đồng thời nghiên cứu 30 bệnh nhân thuộc nhóm chứng không có các yếu tố nguy cơ tim mạch. Ghi điện tim đồ 12 đạo trình cơ bản đánh giá các rối loạn nhịp như ngoại tâm thu (NTT), rung nhĩ (RN), các loại block và hội chứng WPW. Kết quả cho thấy: Trong số 261 BN có YTNC tim mạch gặp 204 BN (78,16%) có rối loạn (RL) nhịp tim và rối loạn dẫn truyền cao hơn so với nhóm chứng (33,33%); NTT trên thất 12,26%, NTT thất 26,05%, rung nhĩ 6,51%, block nhĩ-thất 8,05%, block nhánh phải 18,39%, rối loạn kết hợp 4,98%.

Từ khóa: Yếu tố nguy cơ tim mạch; rối loạn nhịp tim; rối loạn dẫn truyền.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh tim mạch hiện nay khá đa dạng, phong phú và thường chưa biểu hiện rõ khi bệnh nhân đến khám mà đặc biệt đa số bệnh nhân đều mắc các yếu tố nguy cơ tim mạch như: Hút thuốc lá, nghiện rượu, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa Lipid, đái tháo đường. Các yếu tố này góp phần làm tổn thương xơ vữa động mạch vành, gây ra bệnh lý động mạch vành. Bệnh có nhiều biến chứng trong đó có rối loạn nhịp tim và rối loạn dẫn truyền; nếu bệnh kéo dài sẽ dẫn đến các rối loạn nặng như nhịp nhanh thất, rung thất, tỷ lệ tử vong sẽ cao hơn.

Các rối loạn nhịp tim ở các bệnh nhân đến khám bệnh hàng ngày khá phức tạp như các loại ngoại tâm thu, rung nhĩ, nhịp nhanh trên thất và thất, các loại rối loạn dẫn truyền nhĩ thất, nhánh phải và nhánh trái. Các rối loạn nhịp tim sẽ làm nặng thêm tình trạng của các bệnh tim mạch và

nếu không được quan tâm điều trị sớm sẽ dẫn đến suy tim, lâu dần là suy tim khó hồi phục, việc điều trị khó khăn hơn.

Trên thế giới và ở Việt nam đã có một số nghiên cứu về rối loạn nhịp ở các bệnh lý tim mạch nhưng chưa có nghiên cứu cụ thể về mối liên quan với các yếu tố nguy cơ tim mạch ở các bệnh nhân đến khám bệnh ở các phòng khám đa khoa, do vậy chúng tôi nghiên cứu vấn đề này nhằm mục tiêu như sau:

1. Xác định tỷ lệ rối loạn nhịp và rối loạn dẫn truyền trên các đối tượng có các yếu tố nguy cơ tim mạch

2. Mô tả mối liên quan giữa rối loạn nhịp tim, rối loạn dẫn truyền với các yếu tố nguy cơ tim mạch

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Nhóm nghiên cứu gồm 261 bệnh nhân đến khám về tim mạch tại Khoa khám bệnh Bệnh viện QY 103, có các yếu tố nguy cơ tim mạch. Bệnh nhân được khám bệnh tim mạch tại khoa khám bệnh và thực hiện ghi điện tim tại Khoa Chẩn đoán chức năng Bệnh viện quân y 103.

¹ Bệnh viện 103, Học viện Quân y

* Tác giả chịu trách nhiệm chính:

Hoàng Đình Anh

Email: anhhoangc9@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/6/2015

Ngày nhận bài phản biện: 14/5/2015

Ngày chấp nhận đăng: 8/6/2015

- Nhóm chứng 30 bệnh nhân đến khám về tim mạch tại Khoa khám bệnh Bệnh viện QY 103 (như nhóm nghiên cứu), nhưng không có các yếu tố nguy cơ tim mạch

- Thời gian nghiên cứu từ 02/2014 – 03/2015

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Bệnh nhân đến khám bệnh tim mạch có biểu hiện đau ngực, đánh trống ngực, tăng huyết áp, đái tháo đường và các biểu hiện có liên quan đến tim mạch. BN được làm các xét nghiệm sinh hóa máu, ghi điện tim

Tiêu chuẩn chẩn đoán các yếu tố nguy cơ tim mạch: Theo WHO/ISH-2004

+ Tăng huyết áp: Tăng huyết áp độ I: huyết áp (HA) tâm thu 140-159 mmHg, HA tâm trương 90-99 mmHg; THA độ II: HA tâm thu 160-179 mmHg, HA tâm trương 100-109 mmHg; THA độ III: HA tâm thu ≥ 180 mmHg, HA tâm trương ≥ 110 mmHg

+ Đái tháo đường: bệnh nhân có 1 trong 2 tiêu chuẩn sau (WHO-1999): Glucose lúc đói ≥ 7 mmol/l; Glucose ngẫu nhiên $\geq 11,1$ mmol/l

+ Rối loạn chuyển hóa lipid: Cholesterol $> 5,2$ mmol/l, Triglycerid $> 2,3$ mmol/l, HDL-C $< 0,9$ mmol/l, LDL-C $> 3,9$ mmol/l

+ Hút thuốc lá: Hút thường xuyên liên tục mỗi ngày ≥ 10 điếu trong 3 năm

+ Nghiện rượu: Trung bình mỗi ngày uống 30ml (2 chén) rượu mạnh hoặc 720 ml bia trong 2 năm liên tục (Mc Farlane Sowers JR-2004)

Tiêu chuẩn chẩn đoán các loại rối loạn nhịp tim:

+ Ngoại tâm thu trên thất (NTT trên thất): Sóng P biến đổi, PP' < PP, QRS' không biến đổi.

+ Ngoại tâm thu thất (NTT thất): Phức bộ đến sớm (RR' < RR), QRS' giãn rộng $> 0,12$ s, sóng T trái chiều với QRS'.

+ Rung nhĩ: Mất sóng P thay bằng sóng f tần số 400 – 600 l/ph, các khoảng RR không đều nhau

+ Block nhĩ thất độ I: PQ > 200 ms, Block nhĩ thất độ II kiểu Luciani Wenckebach hoặc Mobitz, block nhĩ thất độ III với sóng P và QRS không có mối liên quan, tần số sóng P $>$ tần số QRS

+ Block nhánh phải với QRSR' ở V1, V2, block nhánh trái dạng RR' ở D1, D2, aVL, V5, V6

2.3. Thống kê số liệu theo phần mềm SPSS 16.0 so sánh 2 số trung bình và 2 tỷ lệ

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Các thông số	Bệnh nhân NC n= 261	Nhóm chứng n=30	P
Tuổi trung bình	57,73 $\pm$ 16,27	55,42 $\pm$ 12,34	>0,05
Giới	Nam	125 (47,9%)	14 (46,67%)
	Nữ	136 (52,1%)	16 (53,33%)
Hút thuốc lá	52 (19,92%)		>0,05
Nghiện rượu	11 (4,21%)		
RLCH lipid	81 (31,03%)	Khám các bệnh lý khác không có yếu tố nguy cơ tim mạch	
Tăng huyết áp	72 (27,59%)		
Đái tháo đường	20 (7,66%)		
Kết hợp từ 2 yếu tố trở lên	25 (9,59%)		

Chúng tôi nghiên cứu 261 bệnh nhân (BN) đến khám bệnh, tất cả đều được ghi điện tim. Kết quả cho thấy BN khi mắc các nguy cơ tim mạch đều có độ tuổi khá cao trung bình $57,73 \pm 16,27$ tuổi. Chính các yếu tố nguy cơ (YTNC) này làm tổn thương động mạch vành, gây hẹp, tắc mạch vành. Kết quả này tương tự như một số N/C của Trương Thị Mai Hương, Vũ Điện Biên thấy rằng BN mắc bệnh động mạch vành có các YTNC tim mạch thường ở độ tuổi 55 – 60 tuổi. Xét về giới, số BN

của chúng tôi có tỷ lệ nam, nữ như nhau, khác biệt với các N/C trước đây thấy rằng nhóm bệnh tim mạch có YTNC thường nam nhiều hơn nữ. Điều này có lẽ do cách chọn BN khác nhau: chúng tôi chỉ cần có 1 yếu tố nguy cơ là được chọn vào nhóm nghiên cứu, trong đó rối loạn chuyển hóa lipid (RLCHLP) chiếm nhiều nhất 31,03%, mà YTNC này gặp ở nữ nhiều hơn nam.

3.2. Tỷ lệ có rối loạn nhịp và rối loạn dẫn truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Bảng 2. Các loại rối loạn nhịp và rối loạn dẫn truyền ở 2 nhóm

Các loại rối loạn trên ECG	Nhóm bệnh (n=261)		Nhóm chứng (n=30)		P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
<i>NTT trên thất</i>	32	12,26	2	6,67	<0,05
<i>NTT thất</i>	68	26,05	3	10,0	<0,05
Rung nhĩ	17	6,51	0	0	
<i>Block nhĩ – thất</i>	21	8,05	1	3,33	>0,05
<i>Block nhánh phải</i>	48	18,39	2	6,67	<0,05
Block nhánh trái	3	1,15	0	0	
HC WPW	2	0,77	0	0	
Kết hợp các loại RL nhịp và/hoặc RL dẫn truyền	13	4,98	2	6,67	>0,05
<i>Không có rối loạn nhịp và dẫn truyền (RLDT)</i>	57	21,84	20	66,67	<0,05

Chúng tôi chọn nhóm chứng là những BN không có các YTNC tim mạch có độ tuổi và giới tương đồng như nhóm N/C, đều được ghi điện tim để tìm hiểu xem rối loạn nhịp tim (RLNT) ở 2 nhóm có khác biệt không. Kết quả cho thấy tỷ lệ có RLNT ở nhóm bệnh cao hơn rõ rệt với NTT trên thất chiếm 12,26%, NTT thất 26,05%, block nhĩ thất 8,05%; ngược lại tỷ lệ không RLNT ở nhóm này là 21,84%, thấp hơn

nhiều so với nhóm chứng (66,67%). Như vậy, với BN khám tim mạch, kết quả điện tim cũng đã chỉ ra nếu có kết hợp với các YTNC tim mạch thì tỷ lệ RLNT khá cao, cần được ghi điện tim định kỳ để phân tích đánh giá sớm, điều trị dự phòng các cơn nhịp nhanh có thể xảy ra.

3.3. Mối liên quan giữa rối loạn nhịp, rối loạn dẫn truyền với một số yếu tố nguy cơ

Bảng 3. Mối liên quan giữa RL nhịp, RL dẫn truyền với hút thuốc lá

Các biểu hiện của RL nhịp và RLDT trên ECG	Không nghiện thuốc lá (n=209)		Nghiện thuốc lá (n=52)		P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
NTT trên thất	22	10,52	10	19,23	<0,05
NTT thất	50	23,92	18	34,62	<0,05
Rung nhĩ	13	6,22	4	7,69	>0,05
Block nhĩ – thất	17	8,13	4	7,69	>0,05
Block nhánh phải	44	21,05	4	7,69	<0,05
Block nhánh trái	3	1,44	0		
Hội chứng WPW	1	0,48	1	1,92	
Kết hợp RL nhịp và/hoặc RLDT	11	5,26	2	3,85	>0,05
Không có rối loạn nhịp và RLDT	48	22,97	9	17,31	>0,05

Với các bệnh nhân nghiện thuốc lá, một số N/C cho thấy hút thuốc làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch lên gấp 2-3 lần, khi tương tác với các yếu tố khác sẽ làm tăng nguy cơ lên gấp nhiều lần. Những bệnh nhân hút thuốc có nguy cơ mắc xơ vữa động mạch, bệnh mạch vành, đột quỵ, rối loạn nhịp tim, đột tử cao hơn người không hút thuốc. Trong số BN nghiên cứu của chúng tôi có tới 19,92% BN nghiện thuốc lá. So sánh mối liên quan giữa BN có hút

thuốc và không hút thuốc cho thấy tỷ lệ RLNT ở nhóm hút thuốc gấp nhiều hơn với NTT nhĩ là 19,23%, NTT thất là 34,62%. Kết quả này cũng phù hợp với một số N/C cho thấy khói thuốc làm tăng tiết catecholamine, một hoạt chất tự nhiên trong cơ thể như adrenaline, có thể gây ra loạn nhịp tim nguy hiểm đến tính mạng như là ngoại tâm thu nhĩ, NTT thất và rung thất gây đột tử.

Bảng 4. Mối liên quan giữa RLDT, RL nhịp và nghiện rượu

Các biểu hiện của RL nhịp và RLDT trên ECG	Không nghiện rượu (n=250)		Có nghiện rượu (n=11)		P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
NTT trên thất	28	11,2	4	36,36	<0,05
NTT thất	65	26,0	3	27,27	>0,05
Rung nhĩ	14	5,6	3	27,27	<0,05
Block nhĩ – thất	21	8,4	0		
Block nhánh phải	48	19,2	0		
Block nhánh trái	3	1,2	0		
HC WPW	2	0,8	0		
Kết hợp các RL nhịp và/hoặc RLDT	12	4,8	1	9,09	>0,05
Không có rối loạn	57	22,8	0		

Kết quả trên bảng 6 cho thấy BN có THA các RL nhịp hầu như không khác biệt, nhưng block nhánh phải và trái tăng rõ rệt hơn so với BN không THA. Trong nhóm NC có 3BN block nhánh T đều có THA,

điều này hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh của THA, khi BN có THA sẽ có dày thất trái, có tái cấu trúc khối cơ thất trái như vậy sẽ xuất hiện rối loạn dẫn truyền trong thất.

Bảng 7. Mối liên quan giữa RLDT, RL nhịp với đái tháo đường, kết hợp nhiều YTNC

Các biểu hiện của RL nhịp và RLDT trên ECG	Không ĐTĐ, chỉ có 1 YTNC (n=216)		ĐTĐ và/hoặc ≥ 2 YTNC (n=45)		P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
NTT trên thất	29	13,43	3	6,67	<0,05
NTT thất	61	28,24	7	15,56	<0,05
Rung nhĩ	14	6,48	3	6,67	>0,05
Block nhĩ – thất	17	7,87	4	8,89	>0,05
Block nhánh phải	41	18,98	7	15,56	>0,05
Block nhánh trái	3	1,39	0	0	
HC WPW	1	0,46	1	2,22	>0,05
Kết hợp các RL nhịp và/hoặc RLDT	8	3,70	5	11,11	<0,05
Không có RL	42	19,44	15	33,33	<0,05

Với các BN có ĐTĐ và/ hoặc có kết hợp 2 YTNC chúng tôi gặp 45 BN trong đó RL nhịp và RL dẫn truyền đơn lẻ không khác biệt với nhóm không có ĐTĐ. Ngược lại, các RL nhịp và RLDT kết hợp có tỷ lệ 11,11% cao hơn có ý nghĩa, kết quả này cũng phản ánh tình trạng chung của ĐTĐ gây tổn thương ĐMV, thoái hóa cơ tim gây ra các RL nhịp và dẫn truyền phức tạp hơn.

4. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tim mạch gây nhiều rối loạn nhịp tim hơn so với bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ tim mạch: ngoại tâm thu nhĩ là 12,26%, ngoại tâm thu thất là 26,05%, rung nhĩ là 6,5%, block nhánh phải 18,39%.

Người hút thuốc lá có tỷ lệ NTT tăng hơn không hút thuốc, bệnh nhân nghiện rượu có NTT nhĩ và rung nhĩ nhiều hơn.

Bệnh nhân có tăng huyết áp, RLCH lipid có tỷ lệ rối loạn dẫn truyền trong thất nhiều hơn. Bệnh nhân ĐTĐ và kết hợp đa yếu tố nguy cơ có tỷ lệ RL nhịp, RL dẫn truyền kết hợp tăng hơn rõ rệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Điện Biên, Trần Hồng Nghị (1998), "Bước đầu đánh giá kết quả ECG nghiệm pháp gắng sức và so sánh với xạ đồ tưới máu cơ tim và chụp động mạch vành", Tạp chí tim mạch số 16.
2. Trương Thị Mai Hương (2011), "NC biến đổi hình thái chức năng thất trái ở bệnh nhân có cơn đau thắt ngực bằng siêu âm Doppler" LATS y học, HVQY
3. Lê Ngọc Hà (2002), " Nghiên cứu rối loạn nhịp tim và mối liên quan với tái cấu trúc thất trái ở BN sau nhồi máu cơ tim", LATS y học, HVQY

4. Trần Đỗ Trinh, Trần văn Đồng (2007), " Hướng dẫn đọc điện tim", NXBYH.

5. Brembilla Perot B, Delobelle J, (2013), "Prevalence of stroke among patients with paroximal supraventricular tachycardia", Pacing Clinic Electrophysiol

6. Kallmunzer B et al (2012), " Serious cardiac arrhythmia after stroke: incidence,

time course, and predictors systemic, prospective analysis", Stroke J.

7. Targonski R et al (2013), " Identification of clinical risk factors of atrial fibrillation in congestive heart failure", Cardiol J.

SUMMARY

CARDIAC ARRHYTHMIAS, CONDUCTION DISTURBANCES AND THE ASSOCIATION WITH RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR IN PATIENTS PRESENTING IN POLYCLINICAL DEPARTMENT OF HOSPITAL 103

Hoang Dinh Anh¹, Nguyen Thi Ha¹

¹Hospital 103, Vietnam Military Medical University

The study evaluated the association between cardiac arrhythmias, conduction disturbances with risk factors for cardiovascular diseases in patients presenting.

We studied 261 patients with cardiovascular risk factors: smoking, alcoholism, disorders of lipid metabolism, hypertension, diabetes, who had at least one or more of the risk factors compared with 30 patients without evidence of cardiovascular risk factors. Recording ECG to evaluate arrhythmias: premature contractions, atrial fibrillation, blocks and WPW syndrome.

Among 261 patients with cardiovascular risk factors, 204 patients (78.16%) presented cardiac arrhythmias and conduction disturbances, premature atrial contractions 12.26%, premature ventricular contractions 26.05%, atrial fibrillation 6.51%, atrial-ventricular block of 8.05%, 18.39% right bundle branch block, combined disorders 4.98%.

Keywords: Cardiovascular risk factors, cardiac arrhythmias, conduction disturbances.