

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ RỐI LOẠN NHỊP TIM Ở NGƯỜI BỆNH CÓ RỐI LOẠN NHỊP CHẬM XOANG ĐƯỢC GHI HOLTER ĐIỆN TIM 24 GIỜ TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM

Chu Dũng Sĩ^{1,2,*}, Phạm Quốc Khánh^{1,2}, Trần Văn Đồng², Lê Đình Tùng³,
Dương Thị Giang³, Bùi Nguyên Tùng³, Nguyễn Thị Lệ Thúy³

TÓM TẮT: *Mục tiêu:* Mô tả đặc điểm lâm sàng và đặc điểm rối loạn nhịp tim ở những người bệnh có Rối loạn nhịp chậm xoang được ghi Holter điện tim 24 giờ. *Phương pháp:* Mô tả cắt ngang trên 52 Bệnh nhân có Rối loạn nhịp chậm xoang được ghi Holter Điện tâm đồ 24 giờ tại Viện Tim mạch Việt nam. *Kết quả:* Tuổi chủ yếu là ở độ tuổi > 50 tuổi (71,2%), Triệu chứng cơ năng thường gặp là mệt mỏi (36,5%), đau ngực (15,4%), khó thở (11,5%), choáng (11,5%), đau đầu, chóng mặt (7,7%), hồi hộp trống ngực (3,8%), đặc biệt ngất xỉu (13,5%). Rất hay gặp ở Bệnh nhân có tăng Huyết áp (34,62%). Nhóm tăng huyết áp có chỉ số Dd tăng mức độ nhẹ và lớn hơn so với ở nhóm không có tăng huyết áp ($p < 0,05$). Holter Điện tâm đồ phát hiện nhiều Rối loạn nhịp phức tạp kèm theo (con nhanh nhĩ ngắn, Rung nhĩ, ngoại tâm thu thất, ngoại tâm thu nhĩ,...) cũng như mức độ nguy hiểm mà Điện tâm đồ thông thường không phát hiện được (Các đoạn ngưng xoang kéo dài trên 2,5 giây, thoát nhịp bộ nối, BAVI, BAVII Mobitz 1, rung nhĩ cơn, mức độ ngoại tâm thu thất và ngoại tâm thu nhĩ,...).

Từ khóa: Đặc điểm Lâm sàng, Rối loạn nhịp tim, nhịp chậm xoang.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Rối loạn nhịp chậm xoang (RL NCX) có thể gây nhiều triệu chứng như: Hồi hộp đánh trống ngực, đau ngực, khó thở, chóng mặt và ngất xỉu,... làm cho người bệnh khó chịu và có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm. Sự xuất hiện, diễn biến có thể rất đột ngột và rất phức tạp gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh, nặng nề nhất là rung thất, vô tâm thu gây tử vong [3][8]. Các biểu hiện lâm sàng của Nhịp chậm xoang (NCX) nói chung thường không đặc hiệu. Chính vì vậy chẩn đoán xác định ngoài việc thăm khám lâm sàng, thường phải kết hợp với các phương pháp cận lâm sàng như: Điện tâm đồ (ĐTĐ) 12 chuyển đạo thường quy, nghiệm pháp Atropin, Holter ĐTĐ 24 giờ và thăm dò điện sinh lý học tim (ĐSLHT).

Hiện nay, việc điều trị RL NCX thường được quyết định bởi triệu chứng lâm sàng và tùy thuộc vào giai đoạn bệnh mà các bác sĩ có thể lựa chọn phương pháp điều trị như dùng thuốc hoặc là cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn (MTNVV) để giải quyết tình trạng nhịp chậm [8],[10].

Việc ghi ĐTĐ với 12 chuyển đạo thường quy từ nhiều thập niên qua vẫn là phương pháp đơn giản, hữu hiệu trong việc chẩn đoán các loại Rối loạn nhịp tim (RLNT) trong đó có RL NCX, tuy nhiên Holter ĐTĐ đã giúp phát hiện thêm được những RLNT khác cũng như mức độ nguy hiểm cũng như các diễn biến của Rối loạn (RL) nhịp này, từ đó đã giúp cho sự lựa chọn các biện pháp điều trị thích hợp ngay từ ban đầu theo từng mức độ nguy hiểm của các RL NCX, cũng như các diễn biến của các trường hợp mà trên nền có RL nhịp này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu (NC) với 2 mục tiêu chính là:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng ở người bệnh có RL NCX tại Viện Tim mạch Việt nam từ tháng 3/2016 đến tháng 8/2016.

2. Mô tả một số đặc điểm RLNT trên Holter ĐTĐ 24 giờ của các đối tượng trên.

¹Khoa Y dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

²Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai

³Đại học Y Hà Nội

*Tác giả chịu trách nhiệm chính:

Chu Dũng Sĩ

Email: chudungsi@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/9/2016

Ngày nhận bài phản biện: 13/9/2016

Ngày chấp nhận đăng: 23/9/2016

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 52 Bệnh nhân (BN) có RL NCX được điều trị nội trú tại Viện tim mạch Việt Nam.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn: Các BN đã được khám và được chẩn đoán RL NCX (có chẩn đoán trên ĐTĐ thông thường). Các BN này có chỉ định và được ghi Holter ĐTĐ 24 giờ tại Viện Tim mạch Việt Nam.

2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán NCX:

Nhịp xoang: Ba dấu hiệu chính: Sóng P đứng trước các phức bộ QRST. Sóng P có cách QRS một khoảng PQ không thay đổi và dài bình thường (0,11- 0,2s). P dương ở D1, V5, V6 và âm ở aVR. **Nhịp chậm xoang:** tần số tim < 60 chu kì/ phút [3],[8],[10].

2.4. Phương pháp NC: Mô tả cắt ngang. Phương pháp chọn mẫu liên tiếp theo trình tự thời gian, NC trên các BN đã được khám và chẩn đoán RL NCX có bản

ghi ĐTĐ được thực hiện từ 03/2016 - 08/2016 tại Viện Tim mạch Việt Nam. Tiến hành thu thập tiến cứu các BN trong đối tượng NC, thống kê đánh giá các thông số theo bệnh án NC đã lập để phục vụ trả lời cho các mục tiêu của NC đã đề ra. Các thông tin hành chính được khai thác qua quá trình thăm khám và hồ sơ bệnh án, các kết quả chẩn đoán RLNT được khai thác từ các bản ĐTĐ bề mặt và ở các bản ghi Holter. Tất cả các số liệu của NC đều được nhập và xử lý theo thuật toán thống kê trên máy tính với sự trợ giúp của phần mềm IBM SPSS statistic 21.0

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

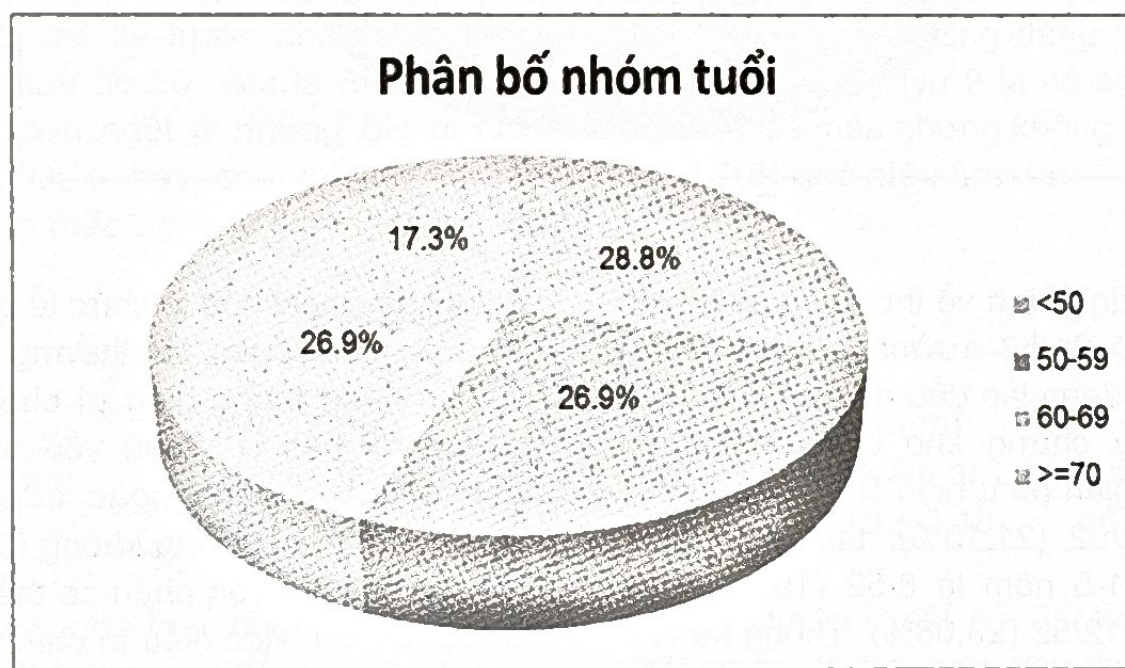
3.1. Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của nhóm nghiên cứu:

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Kết quả nghiên cứu	
		Số BN (n = 52)	Tỷ lệ (%)
Giới		27 Nam (51,9%); 25 Nữ (48,1%)	
Tuổi trung bình		58,54 ± 17,79 năm (Cao nhất 91 tuổi, thấp nhất 22 tuổi)	
Phân bố nhóm tuổi		Nhóm < 50 tuổi (28,8%); Nhóm > 50 tuổi (71,2%)	
Tình hình bệnh nhân:		Số BN (n = 52)	Tỷ lệ (%)
Thời gian phát hiện bệnh	Lần đầu phát hiện	21	40,38%
	< 1 năm	11	21,15%
	1 – 5 năm	8	15,38
	> 5 năm	12	23,08
Một số bệnh lý kèm theo:			
Tăng huyết áp (THA)		18	
Suy tim		3	
Suy thận		2	
Bệnh van tim		5	
Bệnh cơ tim		3	
Thiếu máu cục bộ cơ tim (TMCBCB)		5	
RL Lipid máu		6	
Đái tháo đường type 2		3	
Hẹp Động mạch (ĐM) cảnh		4	
Tai biến mạch não (TBMN)		3	
U tuyến giáp		1	
Lao hạch		2	
Số BN được chỉ định đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn (MTNTVV)		13/52	25%

Kết quả NC qua Bảng 3.1 và Biểu đồ 1 cho thấy: Tuổi trung bình là $58,54 \pm 17,79$ (22-91 tuổi), trong đó chủ yếu là ở độ tuổi > 50 tuổi (71,2%), cũng là phù hợp với ý kiến rằng đặc điểm mắc bệnh thường có tính chất mắc phải, tỉ lệ mắc tăng dần theo tuổi do có liên quan đến một số bệnh như TMCBCT, bệnh cơ tim, thoái hóa... nhưng dường như độ tuổi này vẫn còn trẻ hơn so

với một số NC khác như NC của các tác giả Brembilla Berrot B (2003) [4], Waki SA. (1985), Adán V., Crown LA. (2003), hay tác giả Michael Semelka (2013) [7] ghi nhận là nguy cơ NCX gặp ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp ở > 65 tuổi và trong một nhóm NC khác với nhóm > 21 tuổi cũng của tác giả này cho thấy độ tuổi trung bình trong bệnh lý NCX là 75 tuổi.



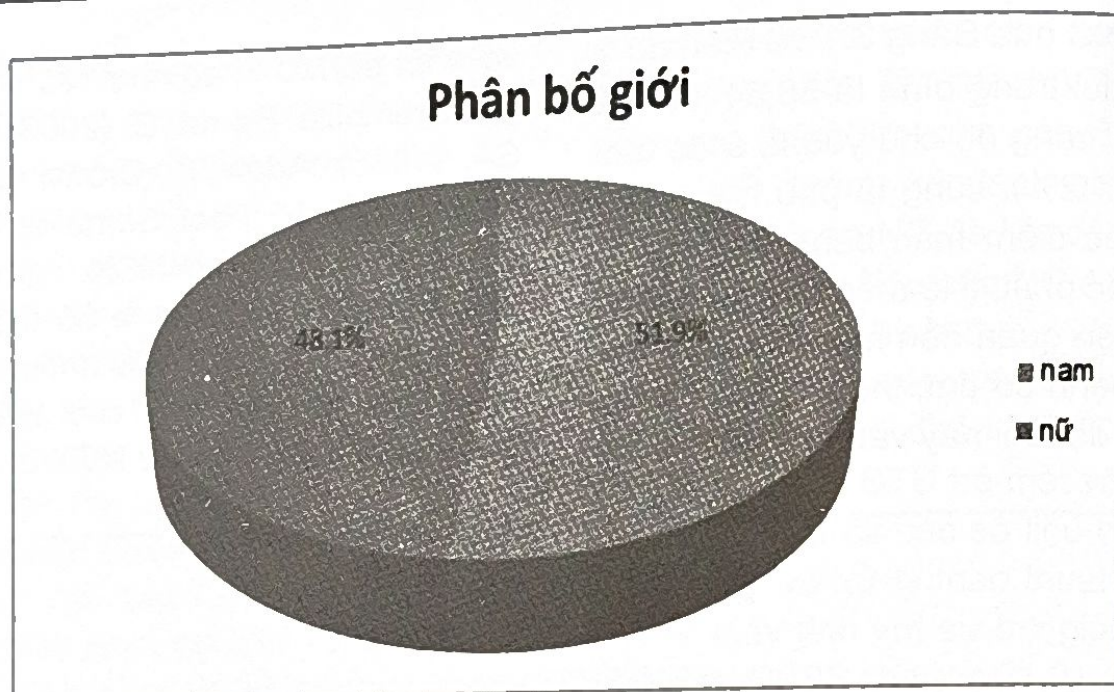
Biểu đồ 1. Phân bố nhóm tuổi

Bảng 3.2. Phân bố BN theo tuổi và giới

Giới Tuổi	Nam (n=27)		Nữ (n=25)		Tổng số (n=52)	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
<50	4	7,6%	11	21,15%	15	28,8%
50-59	12	23,08%	2	3,85%	14	26,9%
60-69	4	7,6%	10	19,23%	14	26,9%
≥70	7	13,46%	2	3,85%	9	17,3%
Tổng số:	27	51,92%	25	48,08%	52	100%

Bảng 3.1 và Biểu đồ 2 cũng cho thấy đặc điểm phân bố giới ở nam (51,9%) gặp nhiều hơn ở nữ (48,1%) nhưng không đáng kể và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), kết quả cũng là phù

hợp với một số NC trên thế giới như tác giả Michael semelka (2013) đã NC trên 600 BN có NCX thấy nguy cơ NCX là gặp ở mọi lứa tuổi với tỉ lệ nam và nữ mắc bệnh như nhau [7].



Biểu đồ 2. Phân bố giới

Đối với tình hình về thời gian phát hiện bệnh lý: Có 21/52 trường hợp (40,38%) được chẩn đoán lần đầu do mới xuất hiện những triệu chứng khó chịu phải nhập viện. Thời gian phát hiện RL NCX dưới 1 năm có 11/52 (21,15%); thời gian phát hiện bệnh 1-5 năm là 8/52 (15,38%) và trên 5 năm 12/52 (23,08%). Thống kê cho thấy RL NCX trong NC này gặp chủ yếu ở nhóm người bệnh có THA 18/52 (34,62%), và nhóm không THA chiếm 36/52 (65,38%). Kết quả tương đồng với kết quả của Michael và nhiều tác giả khác [7]. Điều này càng chứng tỏ là tỉ lệ mắc bệnh tăng dần theo độ tuổi mà ở những độ tuổi này người bệnh cũng dễ mắc bệnh THA hoặc những

bệnh lý gây thoái hóa tổ chức tế bào cơ tim, gây thiếu máu cơ tim, tổn thương cơ tim,...

Việc dùng thuốc điều trị cho BN NCX thường rất hạn chế chủ yếu dựa ở giai đoạn đầu của bệnh hoặc trong một số trường hợp triệu chứng không rõ ràng hay NCX do các nguyên nhân có thể hồi phục được... Do đó, việc điều trị chính hiện nay là can thiệp bằng cấy MTNTVV để giải quyết tình trạng nhịp chậm. Trong NC của chúng tôi, số BN nhập viện được chỉ định và được đặt MTNTVV là 13/52 (25%), đã giúp giảm được nguy cơ đột tử cũng như cải thiện được chất lượng cuộc sống cho những người bệnh này.

Bảng 3.3. Triệu chứng cơ năng của các đối tượng

Triệu chứng lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Hồi hộp đánh trống ngực	2	3,8%
Đau ngực	8	15,4%
Tức ngực, khó thở	6	11,5
Mệt mỏi	19	36,5
Đau đầu, chóng mặt	4	7,7%
Choáng	6	11,5%
Ngất, xỉu	7	13,5%

Kết quả theo Bảng 3.3 cho thấy triệu chứng cơ năng thường gặp của các đối

tượng là: Mệt mỏi có tới 19/52 chiếm 36,5%, đau ngực có 8/52 (15,4%), ngất

thiếu 7/52 (13,5%), khó thở và choáng đều có 6/52 (11,5%), đau đầu, chóng mặt 4/52 (7,7%) và hồi hộp trống ngực có 2/52 (3,8%). Kết quả cho thấy triệu chứng mệt là rất hay gặp ở BN có NCX và cần đặc biệt lưu ý ở những BN có biểu hiện ngất/thiếu (chiếm 13,5%) là dễ có nguy cơ bị đột tử. Kết quả là phù hợp với những NC trước đây, ngất là dấu hiệu nguy hiểm cũng được nhiều tác giả đề cập đến ngay từ hơn hai thế kỷ trước như theo Adam (1827) và sau đó 20 năm là Stokes cũng đã mô tả cơn ngất ở những BN bị nhịp chậm [9]. Điều này cho thấy ở những người bệnh mắc bệnh lý tim mạch thì các

triệu chứng cơ năng thường là do RLNT gây ra

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu:

3.2.1. Các kết quả xét nghiệm:

Kết quả xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu và điện giải máu của các BN có RL NCX trong giới hạn bình thường mặc dù có 2 trường hợp BN trên nền suy thận và suy tim có thiếu máu nhẹ và có rối loạn điện giải nhưng không đáng kể và 3 BN Đái tháo đường týp 2 là có sự dao động về Glucose máu nhưng không đáng kể.

3.2.2. Kết quả siêu âm tim:

Bảng 3.4. Kết quả về siêu âm tim

Kết quả về siêu âm tim				
NT (mm)	ĐMC (mm)	Dd (mm)	Ds (mm)	EF (%)
31 ± 4 mm	28 ± 3 mm	46 ± 4 mm	30 ± 3 mm	63 ± 7 %
35.17 ± 6.25	29.69 ± 4.53	48.97 ± 8.63	34.19 ± 5.48	66.41 ± 9.05

Bảng 3.4. cho thấy chức năng tâm thu thất trái (EF) của các đối tượng hầu hết đều > 50%. Trong NC này có 1 trường hợp bị suy tim nặng có chức năng tâm thu thất trái giảm nhiều (EF là 27%); hai trường hợp còn lại có chỉ số EF giảm đáng kể (có EF là 37% và 49%) đều là những trường hợp mắc bệnh suy tim...NC của Swellen SC và cộng sự (2013) qua theo dõi Holter ĐTĐ 24 giờ trên 115 BN

có suy tim cho chỉ số EF trung bình là 45%, mặc dù trong số này đa số là đang vẫn được sử dụng các nhóm thuốc như ức chế men chuyển hoặc angiotensin II receptor blocker (ARB), β -blocker hay amiodarone [7]. NC của Đào Đức Tiến (2013) với n = 82 thấy ở nhóm BN THA $\geq$ 60 tuổi có phân số tổng máu thất trái giảm (EF < 50%) [1], kết quả này tương tự như với NC của Phạm Thái Giang (2011)[2].

Bảng 3.5. Kết quả đường kính thất trái cuối tâm trương đo trên siêu âm tim

Dd (mm)	Không có bệnh THA (n=34)		Có bệnh THA (n=18)		P
	Số BN	TB ± ĐL	Số BN	TB ± ĐL	
	n = 34	46,57 ± 5,93	n = 18	54,86 ± 7,3	< 0,05

Khi tiến hành so sánh kết quả đường kính thất trái cuối tâm trương (Dd) đo trên siêu âm tim giữa 2 nhóm "THA" với nhóm "Không có THA" thì thấy chỉ số Dd ở nhóm có "THA" lớn hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). NC của Đào

Đức Tiến và cộng sự (2013) ở người cao tuổi THA nguyên phát bằng ghi Holter ĐTĐ 24 giờ (n= 82) cho thấy trong nhóm BN THA tuổi cao có tăng Dd cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có tăng Dd (p < 0,05) [1][8], đã có các bằng chứng về vai

trò của THA ở những BN có RL NCX là hay gặp trên nền có THA. Theo một số NC, THA là một yếu tố nguy cơ làm tăng các RLNT cả ở tầng nhĩ và tầng thất ($p < 0,001$). Chỉ số Dd có tăng nhẹ không đáng kể trên các BN có bệnh tim thực tổn và THA so với nhóm không có bệnh tim thực thể không kèm THA. Điều này sẽ giúp các bác sỹ trong thực hành lâm sàng tiên

lượng khả năng RL nhịp chậm ở bệnh nhân THA và điều trị các thuốc hạ áp có tác dụng làm giảm phì đại thất trái (PĐTT) hoặc làm giảm nguy cơ này như ức chế men chuyển, chẹn beta,... là sự lựa chọn đầu tiên cho điều trị THA mà có PĐTT.

3.2.3. Đặc điểm ĐTĐ bề mặt 12 chuyển đạo của rối loạn nhịp chậm xoang.

Bảng 3.6. Kết quả ĐTĐ 12 chuyển đạo của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm rối loạn nhịp tim trên ĐTĐ bề mặt (n = 52)		Số BN	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm RLNT trên Holter ĐTĐ		n = 52	100%
Nhịp cơ bản:	Nhịp chậm xoang		
Tần số tim trung bình (chu kỳ/phút):	52,42 ± 14,29		
Tần số tim tối đa:	130		
Tần số tim tối thiểu:	32		

Kết quả ĐTĐ 12 chuyển đạo thông thường qua Bảng 3.6 cho thấy nhịp cơ bản gặp hầu hết là hình ảnh trên ĐTĐ bề mặt thể hiện nhịp cơ bản của các đối tượng NC vẫn chủ yếu là nhịp xoang (chiếm 100%), tần số tim của nhóm NC trung bình là: 52,86 ± 7,34 chu kỳ/phút, BN có nhịp tim chậm nhất là 38 chu kỳ/phút và tần số tim tối đa gặp cao nhất là 58 chu kỳ/phút khi khai thác trên ĐTĐ bề mặt. Kết quả này tương đồng với một số tác giả NC khác như theo NC của Michael cũng cho giá trị trung bình là 50 chu kỳ/phút (38 - 57 chu kỳ/phút). NC của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả trên [5][7][10].

Các RL nhịp khác cũng hay xảy ra trên những BN có RL NCX này khi theo dõi qua Holter ĐTĐ 24 giờ, đặc biệt là chúng tôi còn phát hiện được thêm nhiều RL nhịp phức tạp và mức độ nguy hiểm của

RL NCX như có 4/52 ca phát hiện có nhiều đoạn ngừng xoang > 2,5 giây (trong đó còn có một trường hợp còn có những đoạn ngừng xoang > 3,5 giây), một trường hợp có NTT/T số lượng vừa (12,4%) và một trường hợp rung nhĩ (23,1%), 6 trường hợp có Hội chứng cơn tim nhanh nhĩ ngắn. Theo NC của Short (1954) mô tả hội chứng nhịp nhanh - chậm với biểu hiện cơn nhanh nhĩ xen kẽ với nhịp chậm xoang; còn như Brembilla Berrot B (2016) mô tả gặp nhiều RL nhịp nhĩ như rung nhĩ (RN). Một số NC còn chỉ ra trong số Bệnh nhân RL NCX có 50% nguy cơ phát triển thành các RL nhịp khác đi kèm như RL nhịp nhanh-nhịp chậm, RN hoặc cuồng nhĩ, ngoài ra còn có nguy cơ dễ phát triển thành Block nhĩ thất,...[4] [5] [7].

Bảng 3.7. Đặc điểm các RL nhịp trên ĐTĐ bề mặt và Holter ĐTĐ 24 giờ

Nhịp chậm xoang	ĐTĐ bề mặt		Holter ĐTĐ 24 giờ	
	Số BN (n=52)	Tỷ lệ %	Số BN (n=52)	Tỷ lệ %
Cơ tim nhanh nhĩ ngắn	0		6	
Rung nhĩ	0		5	
NTT/T	3		7	
NTT/N	4		11	
Nhịp bộ nổi	1		5	
BAVI	1		3	
BAVII Mobitz 1	0		2	
Đoạn ngưng xoang kéo dài > 2,5s	0		4	
Tổng số các RLNT				100%

Bảng 3.7 cho thấy tỷ lệ phát hiện các RLNT khác trên BN có RL NCX bằng Holter ĐTĐ 24 giờ là rất nhiều so với ĐTĐ bề mặt; Điều này cho thấy ĐTĐ Holter 24 giờ thật sự hữu ích trong việc chẩn đoán, tiên lượng và dự phòng các tình huống nguy hiểm có thể xảy ra, cũng như giúp các bác sĩ lâm sàng có thêm những thông tin vô cùng quan trọng trong việc quyết định lựa chọn được phương pháp điều trị tối ưu nhất cho người bệnh.

4. KẾT LUẬN

Qua NC 52 trường hợp RL NCX được ghi ĐTĐ 24 giờ tại viện tim mạch Việt Nam từ 03/2016 – 08/2016, chúng tôi rút ra một số kết luận:

4.1. Đặc điểm lâm sàng ở người bệnh có RL NCX được ghi Holter ĐTĐ 24 giờ: Triệu chứng cơ năng thường gặp của các đối tượng là: Mệt mỏi chiếm 19/52 (36,5%), đau ngực 8/52 (15,4%), khó thở hay choáng đều chiếm 6/52 (11,5%), đau đầu, chóng mặt là 4/52 (7,7%), hồi hộp trống ngực có 2/52 (3,8%), đặc biệt ngất xỉu chiếm 7/52 (13,5%). Bệnh lý kèm theo: Rất hay gặp ở BN có tăng HA (34,62%). Nhóm THA có chỉ số Dd tăng mức độ nhẹ và lớn hơn so với ở nhóm không có THA ($p < 0,05$).

4.2. Đặc điểm RLNT trên Holter ĐTĐ 24 giờ của các đối tượng nghiên cứu: Holter ĐTĐ phát hiện nhiều RL nhịp phức tạp kèm theo (có những cơn nhanh nhĩ ngắn, Rung nhĩ, NTT/T, NTT/N,...) cũng như mức độ nguy hiểm mà ĐTĐ thông thường không phát hiện được (Các đoạn ngưng xoang kéo dài trên 2,5 giây trên Holter điện tim 24 giờ, NCX có thoát nhịp bộ nổi, NCX có BAVI, BAVII Mobitz 1, RN cơn, mức độ NTT/T và NTT/N...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Đức Tiến, Lê Thị Ngọc Hân, Nguyễn Oanh Oanh (2013). "Nghiên cứu đặc điểm rối loạn nhịp thất ở người cao tuổi tăng huyết áp nguyên phát bằng ghi Holter điện tim 24 giờ", *Tạp chí Y- Dược học quân sự*, (9), tr.140-148.
2. Phạm Thái Giang, Hoàng Minh Châu (2005). " Nghiên cứu rối loạn nhịp tim bằng Holter điện tim 24 giờ Ở bệnh nhân tăng huyết áp có phì đại thất trái", *Tạp chí Y – Dược học quân sự*, (2), tr.56-72.
3. ACC/AHA (2002). "Declaration of Clinical Competence in electrocardiography and ambulatory electrocardiography of the ACC/AHA", *Rev Port Cardiol*, 21(7-8), pp.909-919.

4. Brembilla - Perrot B (2003). Age-related changes in arrhythmias and electrophysiologic properties. *Card Electrophysiol Rev.* 2003 Jan; 7(1): 88-91.

5. Elsayed Z.Soliman et al (2010). "The relationship between high resting heart rate and ventricular arrhythmogenesis in patients referred to ambulatory 24h electrocardiographic recording", *Europace*, 12, pp.261-265.

6. Fleg JL, Kennedy HL (1982). "Cardiac arrhythmias in a healthy elderly population: detection by 24-hour ambulatory electrocardiography", *Chest*, 81(3), pp.302-307.

7. Michael Semelka, Do, and Jerome gera (2013). Sick Sinus Syndrome: A Review. *American Family Physician* 2013 May 15; 87 (10): 691-696.

8. Olgin JE. Zipes DP (2011). In: Specific arrhythmias: Diagnosis and treatment. In: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Liby P, Braunwald E., eds. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 9th ed. St. Louis, Mo: WB Saunders; 2011: chap.39.

9. Sigurd B et al (1990). Management of Stokes - Adams Syndrome. *Cardiology* 1990; 77 (3): 195-208 (DOI:10.1159/000174601).

10. Zimetbaum P (2011). Cardiac arrhythmias with supraventricular origin. In: Goldman L., Schafer AL, eds. *Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011: chap 64.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CLINICAL AND ARRHYTHMIAS IN SINUS BRADYCARDIA PATIENTS RECORDED ECG HOLTER 24 HOURS AT VIETNAM HEART INSTITUTE

Chu Dung Si^{1,2}, Pham Quoc Khanh^{1,2}, Tran Van Dong², Le Dinh Tung³, Duong Thi Giang³, Bui Nguyen Tung³, Nguyen Thi Le Thuy³

¹Faculty of Medicine, Vietnam National University (Hanoi)

²Vietnam Heart Institute, Bachmai Hospital

³Hanoi Medical University

Objective: Describe clinical characteristics and arrhythmia in sinus bradycardia patients recorded ECG Holter 24 hours. **Methods:** Describe interrupted on 52 sinus bradycardia Patients recorded Holter electrocardiogram 24 hours at Vietnam Heart Institute. **Results:** Age group of over 50 years old (71.2%). The main symptom is fatigue common energy (36.5%), chest pain (15.4%), dyspnea (11.5%), lightheadedness (11.5%), headache, dizziness (7.7%), nervous palpitations (3.8%), particularly nasty syncope (13.5%). Hypertension patients are very common (34.62%). Dd Index of hypertension group larger than in the group without hypertension ($p < 0.05$). ECG Holter 24 hours examination to detection the more complex rhythms accompanying (short episodes of atrial fast, atrial fibrillation, ventricular ectopics, supraventricular ectopics, ...) as well as the level of danger that diabetes typically undetectable (The longest stoppages sinus interval was over 2.5 seconds occurring during the monitored period, A-V node rhythm, BAVI, BAVII Mobitz 1, atrial fibrillation episodes and severity of ventricular ectopics and supraventricular ectopics, ...).

Keywords: Clinical Characteristics, arrhythmia, sinus bradycardia.