

cũng đóng vai trò quan trọng trong việc xác định độ trong mờ và màu sắc của mặt dán sứ [1], [5]. Độ dày của phục hình cũng liên quan đến sự biểu hiện màu của xi măng so với chất thử. Thật vậy, nhiều nghiên cứu gần đây chỉ ra khi độ dày của mặt dán sứ giảm, giá trị  $\Delta E$  đo được giữa xi măng gốc nhựa và chất thử tương ứng sẽ tăng lên [6], [10]. Đối với độ dày phục hình lớn hơn 0,7 mm, loại xi măng có lẽ không ảnh hưởng đáng kể đến màu phục hình sau cùng, điều này đã được nhóm Tabatabaei ghi nhận trước đây [9]. Cuối cùng, sự khác biệt trong việc lựa chọn ngưỡng  $\Delta E$  khác nhau giữa các nghiên cứu góp phần dẫn đến những nhận định khác nhau. Không có ngưỡng  $\Delta E$  tiêu chuẩn cho khả năng dự đoán màu của vật liệu nha khoa, giá trị  $\Delta E$  chấp nhận được trong các nghiên cứu khác nhau dao động 1,7-6,8, trong đó  $\Delta E < 3,3$  được sử dụng rộng rãi [2], [6]. Với ngưỡng này, toàn bộ giá trị  $\Delta E$  trong nghiên cứu hiện tại của xi măng Vitique đều chấp nhận được và một phần của xi măng Variolink Esthetic LC.

## V. KẾT LUẬN

Các phát hiện chính của nghiên cứu hiện tại chỉ ra không có sự chênh lệch đáng kể về màu sắc giữa hai loại xi măng Variolink Esthetic LC và Vitique cũng như sự tương hợp về màu với chất thử tương ứng và phục hình sau cùng. Nhìn chung, Vitique thể hiện độ sáng cũng như sự tương hợp màu tốt hơn khi sử dụng trên đối tượng người Việt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Almeida J.R., Schmitt G.U., Kaizer M.R., Boscato N., Moraes R.R. Resin-based luting

- agents and color stability of bonded ceramic veneers. J Prosthet Dent. 2015; 114(2):272-277.
2. Alrabeah G., Alamro N., Alghamdi A., Almslam A., Azaaqi M. Influences of luting cement shade on the color of various translucent monolithic zirconia and lithium disilicate ceramics for veneer restorations. J Adv Prosthodont. 2023; 15(5):238-247.
3. Andreucci A.N., Kusai Baroudi K., Freitas M.R., et al. Color Stability and Degree of Conversion of Light-cured Resin Cements. Open Dent J. 2023; 17:e187421062305150.
4. Aslan Y.U., Coskun E., Ozkan Y., Dard M.. Clinical evaluation of three types of CAD/CAM inlay/onlay materials after 1-year clinical follow up. Eur J Prosthodont Restor Dent. 2019; 27(3):131-140.
5. Dadashi M.Z., Kazemian M., Esfahani M.M. Color match of porcelain veneer light-cure resin cements with their respective try-in pastes: chemical stability. Nanochem Res. 2023; 8(3):205-214.
6. Daneshpooy M., Pournaghi Azar F., Alizade Oskoei P., et al. Color agreement between try-in paste and resin cement: Effect of thickness and regions of ultra-translucent multilayered zirconia veneers. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects. 2019; 13(1):61-67.
7. Haralur S.B., Dibas A.M., Almelhi N.A., Al-Qahtani D.A. The tooth and skin colour interrelationship across the different ethnic groups. Int J Dent. 2014; 2014:146028.
8. Omar H., Atta O., El-Mowafy O., Khan S.A. Effect of CAD-CAM porcelain veneers thickness on their cemented color. J Dent. 2010; 38(Suppl 2):e95-99.
9. Tabatabaei M.H., Matinfard F., Omrani L.R., Mahounak F.S., Ahmadi E. Evaluation of the final color of ceramic veneers with different self-adhesive resin cements. Open Dent J. 2019; 13:203-208.
10. Vaz E.C., Vaz M.M., de Torres É.M., et al. Resin Cement: correspondence with try-in paste and influence on the immediate final color of veneers. J Prosthodont. 2019; 28(1):e74-e81.

## RỐI LOẠN NHỊP TIM Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Bùi Văn Nhon<sup>1,2</sup>, Lê Xuân Hùng<sup>2</sup>, Bùi Quang Thắng<sup>2</sup>,  
Bùi Đức Nhuận<sup>2</sup>, Nguyễn Lâm Hiếu<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định các rối loạn nhịp tim ghi nhận được trên holter điện tâm đồ 24 giờ ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp và xác định một số yếu tố liên quan

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lâm Hiếu

Email: nguyenlanhieus.muh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 16.8.2024

đến các rối loạn nhịp tim này ở bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn tháng 4/2022 - 4/2023. **Kết quả:** Các rối loạn nhịp tim thường gặp trên holter điện tâm đồ 24 giờ ở các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp là ngoại tâm thu thất chiếm 53,33%, ngoại tâm thu trên thất với 56,67%, cơn tim nhanh nhĩ với 26,67%. Có 5 bệnh nhân có các rối loạn nhịp tim nguy hiểm với 1 bệnh nhân có cơn tim nhanh thất, 2 bệnh nhân xuất hiện rung nhĩ mới, 2 bệnh nhân có block nhĩ thất hoàn toàn không hồi phục. Các rối loạn nhịp nguy hiểm tăng lên ở các nhóm bệnh nhân >70 tuổi ( $p=0,005$ ), các bệnh nhân được can thiệp thì đầu muộn trên 48 giờ sau khởi phát triệu chứng

( $p=0,036$ ). **Kết luận:** Rối loạn nhịp tim thường gặp ở giai đoạn sớm ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Tuổi cao, can thiệp động mạch vành thì đầu muộn sau khi khởi phát triệu chứng là những dấu hiệu báo trước những rối loạn nhịp tim nguy hiểm ở những bệnh nhân này. **Từ khóa:** rối loạn nhịp tim, holter điện tâm đồ 24 giờ, nhồi máu cơ tim cấp

## SUMMARY

### ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND SOME ASSOCIATED FACTORS THESE

#### ARRHYTHMIAS IN PATIENTS TREATED AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** Identify arrhythmias noted on a 24-hour electrocardiogram holter in patients with acute myocardial infarction and identify a number of associated factors these arrhythmias in patients treated at Hanoi Medical University Hospital for the period April 2022 - April 2023. **Results:** Common arrhythmias on 24-hour electrocardiogram holter in patients with acute myocardial infarction were ventricular extrasystole accounting for 53.33%, extraventricular systole with 56.67%, atrial tachycardia with 26.67%. There were 5 patients with dangerous arrhythmias include 1 patient had ventricular tachycardia, 2 patients had new atrial fibrillation, 2 patients had completely irreversible atrioventricular block. Dangerous arrhythmias increased in patient  $>70$  years ( $p=0.005$ ), patients who received late coronary revascularization more than 48 hours after symptom onset ( $p=0.036$ ). **Conclusion:** Arrhythmia is common in the early stages in patients with acute myocardial infarction. Old age, late coronary artery revascularization after symptom onset as warning signs of dangerous arrhythmias in these patients.

**Keywords:** arrhythmias, 24-hour electrocardiogram holter, acute myocardial infarction

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp được định nghĩa là tình trạng hoại tử tế bào cơ tim trong hoàn cảnh lâm sàng phù hợp với thiếu máu cục bộ cơ tim cấp tính [1]. Tử vong sau nhồi máu cơ tim cấp chủ yếu là do các biến chứng cấp và trong đó, rối loạn nhịp tim là nguyên nhân chính gây tử vong trong những giờ đầu. Có nhiều nghiên cứu cho thấy rối loạn nhịp tim xuất hiện ở 90% bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp nếu được theo dõi điện tim liên tục [2]. Trong những năm qua, holter điện tâm đồ đã được chứng minh là một trong những công cụ hữu hiệu nhất để chẩn đoán và đánh giá các biến chứng rối loạn nhịp tim ở các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp [3], [4].

Trên thế giới đã có những nghiên cứu đánh giá về rối loạn nhịp tim ghi nhận trên holter điện tâm đồ 24 giờ ở các bệnh nhân nhồi máu cơ tim như nghiên cứu của Ismail thực hiện tại I-rắc [5]. Ở Việt Nam cũng có những nghiên cứu đánh

giá về rối loạn nhịp tim ở các đối tượng này, trong đó có nghiên cứu gần nhất được thực hiện tại bệnh viện Tim Tâm Đức năm 2018 và tại bệnh viện An Giang năm 2019 [6],[7]. Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi cũng đã tiếp nhận và điều trị nhiều bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, trong đó có nhiều trường hợp xuất hiện các biến chứng rối loạn nhịp tim nguy hiểm. Do đó, chúng tôi tiến hành một nghiên cứu trên các đối tượng này với mục tiêu mô tả rối loạn nhịp tim ghi nhận được trên holter điện tâm đồ 24 giờ ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp và xác định một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn từ tháng 4/2022 đến tháng 4/2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong giai đoạn 4/2022 - 4/2023. Bệnh nhân được theo dõi rối loạn nhịp tim bằng holter điện tâm đồ 24 giờ trong thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân đã có rối loạn nhịp tim đã được xác định trước nhồi máu cơ tim cấp (được chẩn đoán trước đây). Tiền sử hoặc hiện tại có các bệnh tim mạch kèm theo như bệnh van tim, bệnh tim bẩm sinh, bệnh lý cơ tim.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

\* **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

\* **Mẫu nghiên cứu:** chọn mẫu thuận tiện 30 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

\* **Nội dung, biến số nghiên cứu chính:**

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, tiền sử bản thân  
- Lâm sàng lúc vào viện: thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc can thiệp, phân độ đau ngực theo ACS, phân độ Killip...

- Cận lâm sàng: Siêu âm tim (EF, rối loạn vận động vùng, thành dày,...), điện tim (ST chênh lên, rối loạn nhịp thất, rối loạn nhịp trên thất, Block nhĩ thất,...).

- Can thiệp động mạch vành: Nhánh mạch vành thủ phạm, số lượng nhánh mạch vành được can thiệp.

- Holter điện tâm đồ 24 giờ: ghi nhận nhịp tim cơ bản của bệnh nhân và các rối loạn nhịp tim ghi nhận lại được trong 24 giờ.

+ Nhịp tim cơ bản: Tần số trung bình, tần số nhanh nhất, tần số chậm nhất

+ Rối loạn nhịp nhanh: Nhịp nhanh xoang, rối loạn nhịp thất (ngoại tâm thu thất, cơn tim nhanh thất, rung thất), rối loạn nhịp nhĩ (ngoại

tâm thu nhĩ, cơn tim nhanh nhĩ, rung nhĩ).

+ Phân loại ngoại tâm thu thất theo Lown:

- Độ 0: Không có ngoại tâm thu thất
  - Độ I: Ngoại tâm thu thất đơn dạng < 30 nhịp/giờ
  - Độ II: Ngoại tâm thu thất đơn dạng ≥ 30 nhịp/giờ
  - Độ III: Ngoại tâm thu thất đa dạng
  - Độ IVa: Ngoại tâm thu thất chùm đôi
  - Độ IVb: Ngoại tâm thu thất chùm ba hoặc cơn tim nhanh thất ngắn
  - Độ V: Ngoại tâm thu thất dạng R trên T
- + Rối loạn nhịp chậm: Block nhĩ thất các mức độ.

- Rối loạn nhịp được ghi nhận trên holter điện tâm đồ chia thành 3 nhóm [2], [5], [7]

- Các rối loạn nhịp tim nguy hiểm (tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim): cơn tim nhanh thất, rung thất, rung nhĩ và block nhĩ thất cao độ mới xuất hiện không hồi phục.
- Các rối loạn nhịp tim có ý nghĩa: Ngoại tâm thu thất phân độ từ Lown II trở lên, cơn tim nhanh trên thất, block nhĩ thất cao độ có hồi phục.
- Các rối loạn nhịp tim không có ý nghĩa hoặc không có rối loạn nhịp đáng kể: các rối loạn nhịp còn lại như ngoại tâm thu thất Lown I, 0, ngoại tâm thu nhĩ, block nhĩ thất độ 1.

**2.3. Phân tích số liệu.** Số liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm Stata 14. Số liệu được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ %, trung bình, độ lệch chuẩn. Nghiên cứu sử dụng các thuật toán thống kê (kiểm định so sánh biến định tính và so sánh giá trị trung bình), với trường hợp tần số mong đợi <5 thì sử dụng thuật toán thống kê điều chỉnh cho cỡ mẫu nhỏ. Các so sánh có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích đầy đủ về mục tiêu của nghiên cứu. Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin, số liệu được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=30)**

Đặc điểm chung	Nam (n=23)		Nữ (n=7)		Nhóm chung (n=30)	
	n	%	n	%	n	n%
Tuổi trung bình	70,04	±9,52	76,42	±10,14	71,53	±9,88
Tăng huyết áp	13/23	56,5	3/7	42,9	19/30	63,3

Đái tháo đường	6/23	26,1	2/7	28,6	8/30	26,7
Rối loạn lipid máu	14/23	60,9	2/7	28,6	16/30	53,3
Hút thuốc lá	18/23	78,3	0/7	0	18/30	60,0

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 71,53 ± 9,88 tuổi. Số bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (76,7% so với 23,3%). Về tiền sử bản thân ghi nhận bệnh nhân trong nghiên cứu có yếu tố nguy cơ tim mạch cao như tăng huyết áp (63,3%), đái tháo đường (26,7%), hút thuốc lá (60%), mỡ máu (53,3%).

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả chụp động mạch vành của bệnh nhân (n=30)**

Đặc điểm	Số lượng	%
<b>Lâm sàng</b>		
Phân độ đau ngực theo ACS (I-IV)		
I	0	0
II	3	10
III	12	40
IV	15	50
<b>Siêu âm tim</b>		
Phân suất tống máu thất trái EF		
Giảm	12	40
Giảm nhẹ	7	23,33
Bảo tồn	11	36,67
Rối loạn vận động vùng		
Không	10	33,33
Thành trước	9	30,00
Thành dưới	8	26,67
Thành bên	3	10,00
<b>Điện tâm đồ 12 chuyển đạo khi vào viện</b>		
ST chênh lên		
+ Thành trước	11	36,67
+ Thành sau dưới	7	23,33
+ Thành bên	0	0
+ aVR	1	3,33
Rối loạn nhịp thất		
+ Ngoại tâm thu thất	4	13,33
+ Cơn tim nhanh thất	2	6,67
Rối loạn nhịp trên thất		
+ Ngoại tâm thu nhĩ	2	6,67
+ Cơn tim nhanh nhĩ	0	0
Block nhĩ thất		
+ Cấp 1	0	0
+ Cấp 2	0	0
+ Cấp 3	3	10
<b>Phim chụp mạch vành (n=27)</b>		
Nhánh động mạch vành thủ phạm		
Động mạch liên thất trước LAD	13	48,15
Động mạch vành phải RCA	4	14,81
Động mạch mũ LCx	10	37,04

Tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng đau ngực ở các mức độ khác nhau (100%). Trên điện tâm đồ bề mặt lúc vào viện có 13,33% bệnh nhân có ngoại tâm thu thất, có 6,67% bệnh nhân có cơn tim nhanh thất và có 10%

bệnh nhân có block cấp 3.

**3.2. Đặc điểm rối loạn nhịp tim ghi nhận trên holter điện tâm đồ 24 giờ**

**Bảng 3. Tần số tim trung bình trên holter điện tâm đồ (n=30)**

Tần số tim	Số lượng	%
Tần số trung bình	81,27±15,67	
+ Nhịp nhanh >100 chu kỳ/phút	3	10
+ Nhịp chậm <60 chu kỳ/phút	1	3,33

Tần số tim trung bình của bệnh nhân trên holter điện tâm đồ 24 giờ là 81,27 ± 15,67. Trong đó có 10% bệnh nhân có tần số trung bình >100 chu kỳ/phút.

**Bảng 4. Rối loạn nhịp thất ghi nhận trên holter điện tâm đồ 24 giờ**

Rối loạn nhịp thất	Số lượng	%
Ngoại tâm thu thất	16	53,33
+ Số dạng		
1 dạng	14	87,50
2 dạng	2	12,50
+ Phân loại theo Lown (1-5)		
1	10	33,33
2	3	10,00
3	2	6,67
4b	1	3,33
Cơ tim nhanh thất	1	6,25
Nhịp tự thất gia tốc	1	6,25

Tỷ lệ rối loạn nhịp thất trên holter ĐTĐ 24h là 53,33%. Kết quả holter ĐTĐ 24h cho thấy có 12,50% bệnh nhân có 2 dạng ngoại tâm thu thất, có 6,25% có cơ tim nhanh thất và 6,25% có nhịp tự thất gia tốc.

**Bảng 5. Rối loạn nhịp trên thất ghi nhận trên holter điện tâm đồ 24 giờ**

Rối loạn nhịp trên thất	Số lượng	%
Ngoại tâm thu trên thất	17	56,67
+ Số lượng		
Dưới 1%	8	47,06
Trên 1%	9	52,94
Cơ tim nhanh nhĩ	8	26,67
Rung nhĩ	2	6,67
+ Cơ	1	50,00
+ Toàn bộ	1	50,00

Tỷ lệ rối loạn nhịp trên thất là 56,67%, có 26,67% bệnh nhân có cơ tim nhanh nhĩ và có 2 bệnh nhân có rung nhĩ ghi nhận được trên holter ĐTĐ 24h (chiếm 6,67%).

**\* Rối loạn nhịp chậm:** Kết quả holter ĐTĐ 24h ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp cũng ghi nhận: 1 bệnh nhân có block nhĩ thất cấp 2 Mobitz 1 từng lúc. Có 3 bệnh nhân có block nhĩ thất cấp 3 đã đặt máy tạo nhịp tạm thời, trong đó có 1 trường hợp có hồi phục, 2 trường hợp nhịp không hồi phục.

**Bảng 6. Liên quan giữa một số yếu tố**

**của bệnh nhân với các rối loạn nhịp tim trên holter điện tâm đồ 24 giờ (n=30)**

Đặc điểm	Rối loạn nhịp tim trên holter ĐTĐ 24h			p
	Bình thường	Có ý nghĩa	Nguy hiểm	
<b>Tuổi</b>				
+ <70	15	3	0	0,005
+ ≥70	4	3	5	
<b>Giới tính</b>				
+ Nam	16	5	2	0,105
+ Nữ	3	1	3	
<b>Thời điểm khởi phát đến khi can thiệp</b>				
+ Dưới 48 giờ	12	2	0	0,036
+ Trên 48 giờ	5	4	3	
<b>DSA (n=27)</b>				
Mạch thủ phạm				0,821
+ LAD	9	3	1	
+ LCx	3	0	1	
+ RCA	6	3	1	
Tổng mạch tổn thương				0,464
+ 1	9	2	1	
+ 2	4	0	1	
+ 3	5	4	1	
Can thiệp				0,721
+ Mạch thủ phạm	16	5	3	
+ Tất cả	1	0	0	
+ Không can thiệp	1	1	0	

Các rối loạn nhịp nguy hiểm tăng lên ở các nhóm bệnh nhân >70 tuổi (p=0,005), các bệnh nhân được can thiệp thì đầu muộn trên 48 giờ sau khởi phát triệu chứng (p=0,036).

**IV. BÀN LUẬN**

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 71,53 ± 9,88. Số bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (76,7% so với 23,3%). Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu thực hiện ở An Giang là 65 ± 12, cũng như nghiên cứu tại bệnh viện Tim Tâm Đức là 68,92 ± 12,59. Về tiền sử bệnh chúng tôi ghi nhận nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu có yếu tố nguy cơ tim mạch cao như tăng huyết áp (63,3%), đái tháo đường (26,7%), hút thuốc lá (60%), mỡ máu (53,3%). Trong đó đáng chú ý nhất là tiền sử hút thuốc lá của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Lan Hương (22%) cũng như nghiên cứu của Quế Châu (33,6%).

Có 19 bệnh nhân trong nghiên cứu là nhồi máu cơ tim ST chênh lên, chiếm tỷ lệ 63,33%, trong đó 11 bệnh nhân có hình ảnh ST chênh lên ở các chuyển đạo thành trước. Trên điện tâm đồ bề mặt 12 chuyển đạo, có 6 bệnh nhân ghi nhận có rối loạn nhịp thất với 4 bệnh nhân ghi nhận

có ngoại tâm thu thất và 2 bệnh nhân có ghi nhận cơn tim nhanh thất và đáng chú ý có 3 bệnh nhân trong nghiên cứu ghi nhận block nhĩ thất cấp 3 đã được đặt máy tạo nhịp tạm thời theo dõi.

Trên hình ảnh siêu âm tim ghi nhận có 20 bệnh nhân đã có rối loạn vận động vùng, trong đó nhiều nhất là giảm hoặc không vận động thành trước với tỷ lệ 30%, tiếp đến là thành dưới với 26,67%. Có 19 bệnh nhân ghi nhận giảm phân suất tổng máu với 12 bệnh nhân EF<40% với 7 bệnh nhân có EF từ 40-49%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu tại bệnh viện Tâm Đức, điều này cũng có thể được lý giải do sự khác nhau trong việc lựa chọn đối tượng đưa vào nghiên cứu cũng như bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình cao hơn và nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch hơn. Phân suất tổng máu thất trái giảm đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu có liên quan đến việc gia tăng các rối loạn nhịp tim, đặc biệt là các rối loạn nhịp thất nguy hiểm [8].

Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu có 27 bệnh nhân được chụp động mạch vành với kết quả cho thấy có 15/27 bệnh nhân có tổn thương có ý nghĩa từ 2 thân động mạch vành trở lên (55,56%). Chúng tôi tiến hành đặt stent 26 bệnh nhân với 25 bệnh nhân chỉ được đặt stent vào động mạch vành thủ phạm gây nhồi máu cơ tim và chỉ có 1 ca được can thiệp tất cả các nhánh mạch vành tổn thương có ý nghĩa. Đáng chú ý trong các bệnh nhân được can thiệp có 13 bệnh nhân được can thiệp trong 48 giờ đầu và 13 bệnh nhân được can thiệp sau 48 giờ. Việc can thiệp thì đầu sớm trong vòng 48 giờ đã được nhắc đến trong cả khuyến cáo của nhồi máu cơ tim ST chênh lên và nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, nguyên nhân chính là làm giảm các biến chứng gây ra do tình trạng hoại tử cơ tim tiến triển, trong đó có cả các rối loạn nhịp tim nguy hiểm [1],[9].

Khi ghi holter điện tâm đồ, chúng tôi ghi nhận được một số các rối loạn nhịp tim thường gặp ở các bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim bao gồm ngoại tâm thu thất với 53,33%, ngoại tâm thu trên thất với 56,67%, cơn tim nhanh nhĩ với 26,67%. Với các rối loạn nhịp thất, có thể thấy có trên 50% bệnh nhân ghi nhận có ngoại tâm thu thất, trong đó có 6 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 20% có ngoại tâm thu thất từ Lown 2 trở lên. Tình trạng rối loạn nhịp trên thất ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim là hậu quả của tăng kích thích nhĩ do thiếu máu cục bộ cơ tim, do tổn thương cơ nhĩ kết hợp, hoặc do những biến đổi liên quan đến tình trạng suy tim. Trong nghiên

cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân gặp rối loạn nhịp trên thất chiếm tỷ lệ cao với 56,67% gặp ngoại tâm thu nhĩ và trên 50% trong số đó có tỷ lệ ngoại tâm thu nhĩ lớn hơn 1% tổng thời gian đeo máy. Có đến 26,67% bệnh nhân ghi nhận cơn tim nhanh nhĩ. Dù chỉ có 2 bệnh nhân gặp rung nhĩ sau nhồi máu cơ tim (chiếm tỷ lệ 6,67%) thấp hơn so với nghiên cứu của Quế Châu (13%) nhưng vẫn có 1 bệnh nhân ghi nhận rung nhĩ toàn bộ trong quá trình đeo máy.

Theo đó, chúng tôi đã phân loại các rối loạn nhịp này thì ghi nhận được 5 bệnh nhân có các rối loạn nhịp tim nguy hiểm với 1 bệnh nhân có cơn tim nhanh thất, 2 bệnh nhân xuất hiện rung nhĩ mới, 2 bệnh nhân có block nhĩ thất hoàn toàn không hồi phục. Từ cơ sở đó, chúng tôi tiến hành đánh giá sự liên quan giữa một số yếu tố của bệnh nhân với việc xuất hiện các rối loạn nhịp nguy hiểm cũng như các rối loạn nhịp tim có ý nghĩa. Kết quả cho thấy có một số yếu tố có liên quan đến việc gia tăng rối loạn nhịp tim trên như tuổi cao trên 70 tuổi ( $p=0,005$ ), thời điểm khởi phát triệu chứng cho đến khi được can thiệp động mạch vành thì đầu ( $p=0,036$ ).

Hiện nay vẫn chưa có khuyến cáo cụ thể về việc đeo holter điện tâm đồ 24 giờ hoặc theo dõi monitor thường quy cho các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ là nghiên cứu nhỏ trên 30 bệnh nhân nhồi máu cơ tim. Tuy nhiên với kết quả này, chúng tôi thấy được có thể cân nhắc theo dõi kỹ hơn các rối loạn nhịp tim trên nhóm đối tượng này, nhất là ở các bệnh nhân cao tuổi, những bệnh nhân được can thiệp thì đầu muộn sau khi khởi phát triệu chứng và ở các bệnh nhân đã ghi nhận được các rối loạn nhịp trên điện tâm đồ bề mặt.

## V. KẾT LUẬN

Rối loạn nhịp tim thường gặp ở giai đoạn sớm trên những bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp. Các rối loạn nhịp tim thường gặp trên holter điện tâm đồ 24 giờ ở các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp là ngoại tâm thu thất chiếm 53,33%, ngoại tâm thu trên thất với 56,67%, cơn tim nhanh nhĩ với 26,67%. Có 5 bệnh nhân có các rối loạn nhịp tim nguy hiểm với 1 bệnh nhân có cơn tim nhanh thất, 2 bệnh nhân xuất hiện rung nhĩ mới, 2 bệnh nhân có block nhĩ thất hoàn toàn không hồi phục.

Tuổi cao, can thiệp động mạch vành thì đầu muộn sau khi khởi phát triệu chứng là những dấu hiệu báo trước những rối loạn nhịp tim nguy hiểm ở những bệnh nhân này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Collet J.-P., Thiele H., Barbato E. và cộng sự.

- (2021). 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 42(14), 1289–1367.
- Perron A.D. và Sweeney T.** (2005). Arrhythmic Complications of Acute Coronary Syndromes. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 23(4), 1065–1082.
  - Galli A., Ambrosini F., và Lombardi F.** (2016). Holter Monitoring and Loop Recorders: From Research to Clinical Practice. *Arrhythm Electrophysiol Rev*, 5(2), 136–143.
  - Zimetbaum P.J. và Josephson M.E.** (1999). The evolving role of ambulatory arrhythmia monitoring in general clinical practice. *Ann Intern Med*, 130(10), 848–856.
  - Ismail S.M.** (2019). significance of 24-hour holter monitoring in acute st-elevation mi in the early post-infarction period. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 8(23), 1862–1867.
  - Đặc điểm rối loạn nhịp tim qua Holter điện tim 24 giờ ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp tại bệnh viện tim Tâm Đức |** Tim mạch học.
  - Byrne R.A., Rossello X., Coughlan J.J. và cộng sự.** (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 44(38), 3720–3826.
  - Bigger J.T., Fleiss J.L., Kleiger R. và cộng sự.** (1984). The relationships among ventricular arrhythmias, left ventricular dysfunction, and mortality in the 2 years after myocardial infarction. *Circulation*, 69(2), 250–258.
  - Ibanez B., James S., Agewall S. và cộng sự.** (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 39(2), 119–177.

## BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA HOLTER ĐIỆN TÂM ĐỒ 7 NGÀY Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH

Nguyễn Thị Mai Hương<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Bé Hai<sup>1</sup>, Trịnh Trần Quang<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Huy<sup>2</sup>, Nguyễn Thanh Huân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Rối loạn nhịp tim là một vấn đề thường gặp ở bệnh nhân suy tim mạn tính bao gồm phân suất tống máu giảm, giảm nhẹ và bảo tồn. Các rối loạn nhịp tim có thể dẫn tới gia tăng các biến cố tim mạch và nhập viện cho bệnh nhân suy tim mạn tính, thường gặp là rung nhĩ và các rối loạn nhịp nhanh thất. Holter điện tâm đồ là công cụ đã được chứng minh có hiệu quả trong chẩn đoán và theo dõi rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy tim mạn tính, đặc biệt là Holter điện tâm đồ 7 ngày. Mặc dù đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu trên giới, tuy nhiên tại Việt Nam vẫn còn rất ít dữ liệu về hiệu quả của holter điện tâm đồ 7 ngày ở các bệnh nhân suy tim mạn tính. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm rối loạn nhịp tim và các yếu tố liên quan dựa trên holter điện tâm đồ 7 ngày ở các bệnh nhân suy tim mạn tính. **Phương pháp nghiên cứu:** Từ 12/2022 đến 02/2023, tại phòng khám Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh, nghiên cứu báo cáo loạt ca này thu nhập các bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính dựa trên siêu âm tim và NT - proBNP, có chỉ định mặc holter điện tâm đồ 7 ngày để đánh giá rối loạn nhịp tim. Các yếu tố liên quan đến

suy yếu được xác định dựa vào hồi quy logistics. **Kết quả:** Trong 35 bệnh nhân được khảo sát ghi nhận được: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $65,1 \pm 17,9$  tuổi, phân suất tống máu trung bình là  $40,3 \pm 14,5\%$ , có 2 trường hợp có rung nhĩ cơn và 3 trường hợp có cơn nhịp nhanh thất không được ghi nhận trên Holter điện tâm đồ 24 giờ nhưng được ghi nhận trên Holter điện tâm đồ 7 ngày. **Kết luận:** Ở những bệnh nhân suy tim mạn tính, sử dụng holter điện tâm đồ 7 ngày giúp phát hiện các rối loạn nhịp tim mà holter điện tim 24 giờ có thể bỏ sót. **Từ khóa:** Suy tim mạn, holter điện tâm đồ 7 ngày, rối loạn nhịp tim.

### SUMMARY

#### INITIAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF HOLTER 7-DAY ECG IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

**Background:** Arrhythmias are a common problem in patients with chronic heart failure (include reduced ejection fraction, mildly reduced ejection fraction, and preserved ejection fraction). Cardiac arrhythmias can lead to increased cardiovascular events and hospitalizations in patients with chronic heart failure, most commonly atrial fibrillation and ventricular tachyarrhythmias. Holter electrocardiography is a tool that has been proven effective in diagnosing and monitoring arrhythmias in patients with chronic heart failure, especially the 7-day Holter electrocardiogram. Although it has been proven in many studies around the world but in Vietnam there is still very little data on the effectiveness of 7-day ECG Holter in patients with chronic heart failure. **Objective:** To investigate the characteristics of

<sup>1</sup>Bệnh viện Thống Nhất, Thành Phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Hương

Email: maihuongnguyen0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.7.2024

Ngày duyệt bài: 12.8.2024