

bệnh nhân giảm cân trên 5% [7]. Trọng lượng cơ thể thấp và giảm cân không chủ ý có khả năng tiên đoán cao về tỷ lệ tử vong và bệnh tật ở người cao tuổi. Trong đó các bệnh cấp tính và mãn tính là nguyên nhân hàng đầu gây giảm cân không tự chủ [4]

Các chỉ số nhân trắc học bao gồm BMI, MAC, TSF, MAMC, chu vi bắp chân và HGS đều có giá trị trung bình thấp hơn đáng kể đối với những người có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng (SGA-C) và tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hà [6]. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Rivati cho thấy tuổi >75 làm tăng nguy cơ có độ bền tay cầm thấp gấp 2,3 lần và suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ độ bền tay cầm thấp lên 1,9 lần [8]. Chức năng cơ kém và gây mòn là những biểu hiện toàn thân thường gặp ở bệnh nhân COPD. Theo dõi những chỉ số nhân trắc và cơ lực giúp đánh giá hiệu quả của can thiệp dinh dưỡng trên người bệnh [8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 106 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại khoa Bệnh phổi mãn tính Bệnh viện Phổi Trung ương. Tỷ lệ thấp cân (BMI < 18,5) là 58,49% và thừa cân, béo phì (BMI ≥ 25) là 9,43%. BMI trung bình của ĐTNC là 18,1±3,13. Tình trạng dinh dưỡng của nhóm đối tượng nghiên cứu theo phân loại SGA: 33,02% suy dinh dưỡng nhẹ hoặc vừa (SGA-B) và 48,11% suy dinh dưỡng nặng (SGA-C).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (2021)**. Accessed April 30, 2021. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
2. **Đỗ Thị Lương**. Tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn ổn định và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2015. Published online 2016
3. **Schols AM, Ferreira IM, Franssen FM, et al (2014)**. Nutritional assessment and therapy in COPD: a European Respiratory Society statement. *Eur Respir J*. 2014;44(6):1504-1520. doi:10.1183/09031936.00070914
4. **Nguyễn Thị Thu Liễu, Hoàng Thị Ngọc Anh, Đỗ Nam Khánh (2018)**. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2018. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học*. 2016;120 (4):52-58.
5. **Đinh Thị Phương Thảo**. Khảo sát tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2014. Published online 2015.
6. **Nguyen Ha Thanh, Pavey TG, Collins PF, Nguyen NV, Pham TD, Gallegos D. (2020)**. Effectiveness of Tailored Dietary Counseling in Treating Malnourished Outpatients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Controlled Trial. *J Acad Nutr Diet*;120(5):778-791.e1. doi:10.1016/j.jand.2019.09.013
7. **Ergün P, Turay UY, Aydoğan M, et al (2003)**. Nutritional status of COPD patients with acute exacerbation. *Tuberk Ve Toraks*;51(3):239-243.
8. **Rivati N, Setiati S, Laksmi PW, Abdullah M (2017)**. Factors Related with Handgrip Strength in Elderly Patients. *Acta Medica Indones*;49(3):215-219.

TIẾN TRIỂN CỦA SCHÖNLEIN - HENOCH THỂ BỤNG Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Hồng Hạnh¹, Nguyễn Thị Diệu Thúy¹,
Lê Huyền Trang², Phan Văn Nhã¹

TÓM TẮT

Henoch-Schönlein purpura (HSP) là bệnh viêm mạch hệ thống không rõ căn nguyên có tổn thương các mạch nhỏ do lắng đọng phức hợp miễn dịch IgA, biểu hiện chủ yếu trên da, ruột, thận, khớp. Triệu chứng tiêu hóa gặp phổ biến và là nguyên nhân chủ yếu khiến người bệnh nhập viện. Bệnh nhìn chung có tiên lượng tốt, tuy nhiên một số trường hợp tiến triển nặng. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được tiến hành nhằm

mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá tiến triển bệnh HSP thể bụng. **Phương pháp:** 134 trẻ được chẩn đoán HSP thể bụng lần đầu điều trị nội trú tại viện Nhi trung ương từ tháng 7/2020 đến tháng 6/2021. Đây là nghiên cứu một loạt ca bệnh. **Kết quả:** Tuổi trung vị của trẻ là 7 tuổi. Biểu hiện đau bụng gặp ở 100% trường hợp. Triệu chứng tiêu hóa xuất hiện trước phát ban gặp ở 35,8% các trường hợp. Các biến chứng bao gồm: xuất huyết tiêu hóa (44%), lồng ruột, viêm tụy cấp. Nhìn chung các tổn thương trong HSP đều có tiến triển tốt, tự khỏi trong vòng 1 vài tuần đến 1 tháng. Tổn thương thận ở nhóm HSP thể bụng đơn thuần xuất hiện sau nhập viện 1 tuần đến 1 tháng, tỷ lệ này giảm dần ở tháng thứ 3. Tái phát xảy ra ở 28,4% bệnh nhân. **Kết luận:** Hầu hết bệnh nhân HSP tiến triển tốt, các triệu chứng tự hồi phục. Cần tiếp tục theo dõi nước tiểu ở tất cả các bệnh nhân mắc HSP để theo dõi tổn thương thận.

¹Đại học Y Hà nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 1.10.2021

Ngày duyệt bài: 11.10.2021

Từ khóa: Schönlein- Henoch, đau bụng, triệu chứng tiêu hóa, trẻ em.

SUMMARY

GASTROINTESTINAL MANIFESTATION AND OUTCOME OF HENOCHE - SCHÖNLEIN PURPURA IN CHILDREN

Background: Henoch - Schönlein purpura (HSP) is a systemic vasculitis with inflammatory lesions by the deposition of IgA - containing immune complex in the wall of small blood vessel. HSP characterized by nonthrombocytopenic palpable purpura, arthritis and abdominal pain. Gastrointestinal involvement (GI) is common and causes of HSP hospitalization. HSP is typically good prognosis, but some patients develop severe complications as gastrointestinal bleeding or glomerulonephritis. **Methods:** It was a case series study in 134 children with the first diagnosis of gastrointestinal involvement of HSP admitted to National Children's Hospital from 7/ 2020 to 6/ 2021 and extended for 3 months follow- up. **Results:** The median age of HSP was 7 years old. Abdominal pain in 100% cases. GI symptoms occurred before the manifestation of skin lesion in 35,8% cases. Severe complications included gastrointestinal bleeding (44%), intussusception and acute pancreatitis. Overall outcome were good with self- limited in 1 to 4 weeks. Renal involvement often occurred during 1week to 1 month after the disease onset. After 3 months, renal involvement decreased. Relapses occurred in 28,4% children. **Conclusions:** The overall outcome of GI involvement in children with HSP remains good. However, children with HSP should perform urinalysis regularly for early protection of complication.

Keywords: Henoch-Schönlein purpura , abdominal, Gastrointestinal involvement (GI), children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Henoch - Schönlein purpura (HSP) hay còn gọi là bệnh viêm mạch IgA (IgA vasculitis) là bệnh lý viêm mạch máu thường gặp nhất ở trẻ em. Bệnh đặc trưng bởi các triệu chứng ban xuất huyết không do giảm tiểu cầu, viêm khớp, các biểu hiện tại đường tiêu hóa như đau bụng, nôn, xuất huyết tiêu hóa và tổn thương thận do viêm các mạch máu nhỏ. ^{1,2}Triệu chứng tại đường tiêu hóa gặp ở 50-75% các trường hợp và là nguyên nhân chủ yếu khiến người bệnh phải nhập viện.

HSP có triệu chứng tại đường tiêu hóa được gọi là HSP thể bụng. Các triệu chứng tại đường tiêu hóa rất đa dạng bao gồm: đau bụng các mức độ, buồn nôn, nôn, xuất huyết tiêu hóa,³ hiếm gặp hơn bệnh nhân có thể có các triệu chứng khác như viêm tụy, lồng ruột cấp. Đau bụng cấp trong HSP rất dễ nhầm lẫn với đau bụng ngoại khoa và cần chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân đau bụng khác giúp tránh được các can thiệp ngoại khoa không cần thiết.⁴

Bệnh nhân HSP có triệu chứng đường tiêu

hóa tại thời điểm chẩn đoán là yếu tố dự báo nguy cơ bệnh tái phát sớm và nguy cơ có tổn thương thận.^{1,5}Tổn thương thận có thể xuất hiện sớm hay muộn tùy thuộc vào từng cá thể. Các biểu hiện HSP thể bụng nếu được phát hiện và xử trí kịp thời thường không để lại hậu quả nặng nề.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. 134 trẻ HSP thể bụng đủ tiêu chuẩn, điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 07/2020 đến tháng 06/2021 được mời tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân dưới 15 tuổi được chẩn đoán HSP theo tiêu chuẩn của EULAR/ PRES/ PRINTO (2010): ³Bệnh nhân được chẩn đoán HSP khi có 1 tiêu chuẩn chính và ít nhất 1 trên 4 tiêu chuẩn phụ.

- Bệnh nhân được chẩn đoán HSP thể bụng khi được chẩn đoán xác định HSP và có ít nhất một trong các triệu chứng của đường tiêu hóa như đau bụng, nôn, xuất huyết tiêu hóa (đại tiện phân máu đỏ tươi hoặc phân đen, xét nghiệm có máu trong phân), lồng ruột, viêm tụy...

- Bệnh nhân và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân HSP có đồng mắc các bệnh lý khác như: bệnh lý tim mạch, thần kinh, huyết học...

Đánh giá tiến triển:

- Khởi (đáp ứng hoàn toàn): Bệnh nhân không có biểu hiện trên lâm sàng, không còn ban trên da, không đau/viêm khớp, không nôn, không đau bụng, bình thường trên xét nghiệm máu và nước tiểu.

- Tái phát được định nghĩa là khi bệnh nhân HSP không có triệu chứng gì trong ít nhất 4 tuần sau đó xuất hiện lại của một đợt mới HSP với biểu hiện ở da hoặc các cơ quan khác (thận, khớp, tiêu hóa).⁶

2. Phương pháp:

Chọn mẫu thuận tiện. Các bệnh nhân HSP thể bụng được hỏi bệnh, xét nghiệm máu, nước tiểu tại các thời điểm: khi nhập viện, sau 1 tuần, sau 1 tháng, sau 3 tháng điều trị.

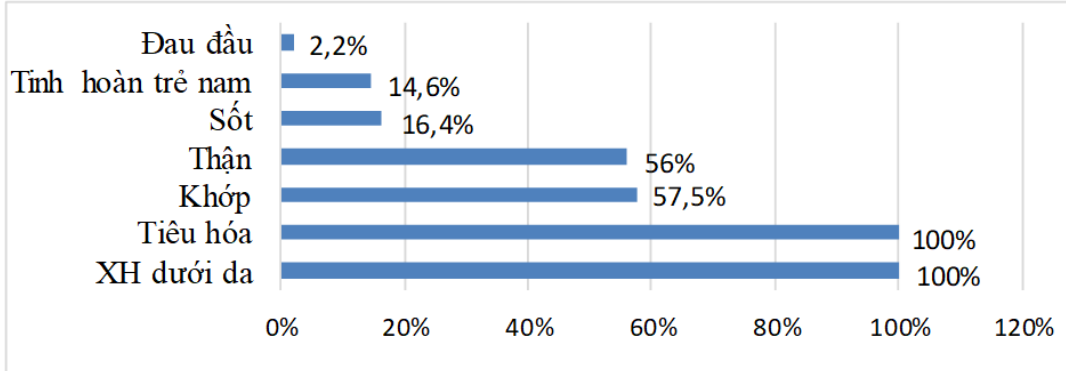
Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu một loạt ca bệnh.

3. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0, với $p < 0,05$ là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Nhi Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 1 năm, từ tháng 7/2020 đến hết tháng 6/2021 có 134 bệnh nhân được chẩn đoán HSP thể bụng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.



Biểu đồ 3.1: Triệu chứng lâm sàng HSP thể bụng

Nhận xét: 100% bệnh nhân có biểu hiện da và tiêu hóa. Các triệu chứng khác có thể gặp ở khớp (57,5%), thận (56%), 14,6% trẻ nam có triệu chứng tinh hoàn. Các triệu chứng khác ít gặp.

Bảng 3.1: Triệu chứng và biến chứng đường tiêu hóa

Đặc điểm		n = 134	Tỷ lệ (%)
Thời gian xuất hiện triệu chứng tiêu hóa	Trước phát ban	48	35,8
	Cùng với phát ban	8	6
	Sau phát ban	78	58,2
Đau bụng		134	100
Nôn	Thức ăn	68	50,7
	Máu	15	11,2
Đi ngoài	Phân máu	19	14,2
	Tiêu chảy	13	9,7
Biến chứng	Xuất huyết tiêu hóa	59	44
	Lồng ruột	4	3
	Viêm tụy	1	0,7
	Viêm ruột thừa	3	2,2

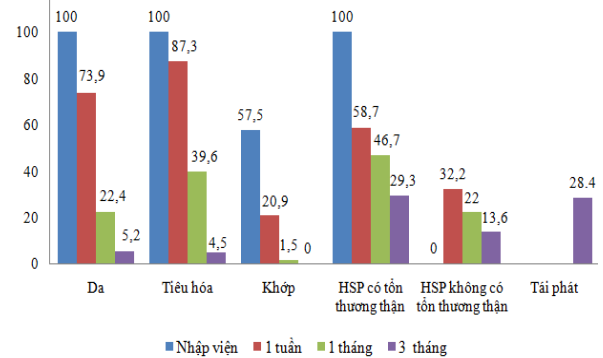
Nhận xét: Biểu hiện tiêu hóa lúc nhập viện chủ yếu là đau bụng (100%), nôn (62%), đi ngoài phân máu (14,2%). Có 44% bệnh nhân có tình trạng xuất huyết tiêu hóa, 4 bệnh nhân lồng ruột, 1 bệnh nhân viêm tụy, 3 bệnh nhân được mổ viêm ruột thừa.

Bảng 3.2: Siêu âm và nội soi ổ bụng

	Bệnh nhân(n)	Tỷ lệ (%)	
Siêu âm ổ bụng (n=126)	Bình thường	67	53,2
	Dày thành các quai ruột	40	31,7
	Dịch tự do ổ bụng	28	22,2
	Dịch trong lồng ruột	24	19,0
	Viêm hạch mạc treo	8	6,3

Nội soi tiêu hóa (n=20)	Lồng ruột	4	3,2
	Có tổn thương viêm	19	95,0
	Không có tổn thương viêm	1	5,0
	HP (-)	9	40,0
	HP (+)	11	55,0

Nhận xét: Hơn 50% bệnh nhân có kết quả siêu âm bụng bình thường. Các bất thường hay gặp trong HSP thể bụng là dày thành các quai ruột (31,7%), dịch tự do ổ bụng (22,2%), hình ảnh lồng ruột (3,2%). 19/20 bệnh nhân được chỉ định nội soi dạ dày có tổn thương viêm chiếm 95%, trong đó hơn 50% bệnh nhân có nhiễm vi khuẩn Helicobacter pylori.



Biểu đồ 3.2: Tiến triển của các triệu chứng

Nhận xét: - Các tổn thương da, tiêu hóa, khớp giảm dần theo thời gian điều trị.

- 100% bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa lúc nhập viện. Sau 1 tuần hầu hết các bệnh nhân vẫn còn tình trạng đau bụng, nôn hoặc đi ngoài phân máu (87,3%), Sau 1 tháng có 60,4% bệnh nhân khỏi. Sau 3 tháng chỉ có 5,2% bệnh nhân

đau bụng mức độ nhẹ.

- Tổn thương thận: Lúc nhập viện nhóm HSP thể bụng đơn thuần là 44%. Tổn thương thận xuất hiện sau 1 tuần đến 1 tháng, sau đó tỷ lệ này giảm dần, đến tháng thứ 3 có 86,8% bệnh nhân không còn tổn thương thận. Ở nhóm HSP thể bụng có tổn thương kết hợp thận, 100% bệnh nhân có tổn thương thận khi nhập viện nhưng tỷ lệ này giảm dần đến tháng thứ 3 có 70,7% bệnh nhân không còn tổn thương thận.

- Tái phát: có 28,4% bệnh nhân HSP tái phát.

IV. BÀN LUẬN

HSP là bệnh viêm mạch máu hệ thống nên triệu chứng lâm sàng của HSP rất đa dạng, có thể xảy ra ở bất kỳ cơ quan nào. Biểu hiện nhiều nhất trên da, đường tiêu hóa, khớp, thận. Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn ra 134 đối tượng HSP thể bụng, 100% bệnh nhân đều có triệu chứng da và tiêu hóa, 57,5% bệnh nhân có đau/ viêm khớp, 56% bệnh nhân có tổn thương thận tại thời điểm nhập viện. Sưng đau tinh hoàn gặp 14,6% ở trẻ nam, các triệu chứng khác như sốt, đau đầu ít gặp. Kết quả này tương đương với các kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.⁸

Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra triệu chứng tiêu hóa là triệu chứng phổ biến gặp trong bệnh lý HSP, trong đó triệu chứng đau bụng hay gặp nhất.⁴ Đau bụng trong HSP đặc trưng bởi cơn đau quặn bụng kèm theo nôn, có thể có xuất huyết tiêu hóa. Cơ chế là do phù nề và xuất huyết dưới niêm mạc ruột do viêm mạch.⁴ Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau bụng gặp ở 100% các trường hợp. Trong đó, gặp nhiều nhất là đau bụng mức độ nặng (53%), đau bụng vùng quanh rốn (75,4%), bệnh nhân thường đau nhiều về đêm. Ngoài ra các triệu chứng khác như nôn, tiêu chảy. Xuất huyết tiêu hóa chiếm tỷ lệ 44%. Xuất huyết tiêu hóa là do phù nề niêm mạc và tổn thương mạch máu niêm mạc ống tiêu hóa do viêm mạch. Có 4 bệnh nhân lồng ruột (3%), trong đó có 1 bệnh nhân lồng ruột 2 lần, 1 bệnh nhân lồng ruột theo dõi tắc ruột mổ cấp cứu, 1 bệnh nhân viêm tụy cấp, và 3 bệnh nhân có phẫu thuật viêm ruột thừa do chẩn đoán nghi ngờ viêm ruột thừa. Hầu hết các trường hợp có biến chứng ngoại khoa kể trên đều xuất hiện ban sau khi đau bụng 1-2 tuần.

Vì không có một biểu hiện đặc trưng nào của đường tiêu hóa đặc hiệu cho dấu hiệu tiêu hóa của HSP nên chẩn đoán xác định ban đầu khó khăn, thường chỉ cho đến khi xuất hiện ban xuất huyết trên da và có thể dẫn đến can thiệp ngoại

khoa không cần thiết. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 35,8% bệnh nhân đau bụng trước khi khởi phát ban 1 vài ngày đến vài tuần.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 46,8% bệnh nhân được siêu âm có hình ảnh bất thường, thường gặp nhất là dày thành các quai ruột (31,7%), dịch tự do ổ bụng (22,2%). 19/20 bệnh nhân được nội soi dạ dày có tổn thương viêm chiếm 95%, trong đó hơn 50% bệnh nhân có nhiễm vi khuẩn *Helicobacter pylori*. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Chen 2004, tác giả cũng đề cập đến vai trò của siêu âm và nội soi tiêu hóa trong các trường hợp HSP thể bụng nhằm phát hiện sớm các biến chứng cũng như tránh các can thiệp ngoại khoa không cần thiết.⁴

Kết quả nghiên cứu cho thấy tiến triển của các tổn thương trong HSP thể bụng nhìn chung là tốt. Hầu hết tổn thương da, khớp, tiêu hóa đều tự giới hạn sau 1 tuần đến 1 tháng. Một số bệnh nhân có biểu hiện da, khớp, tiêu hóa trong đợt tái phát tuy nhiên không để lại di chứng. Ở nhóm HSP thể bụng không có tổn thương thận lúc nhập viện ghi nhận thấy tổn thương thận xuất hiện sau đó 1 tuần đến 1 tháng. Tuy nhiên, sau 3 tháng chỉ còn khoảng 1/3 số bệnh nhân vẫn còn tổn thương thận. Tổn thương thận có thể tiến triển và gây biến chứng nặng nề, vì vậy cần làm xét nghiệm nước tiểu thường quy và định kỳ ở tất cả các bệnh nhân HSP. Nghiên cứu của chúng tôi có 28,4% số bệnh nhân có tái phát ban hoặc đau bụng. Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra tái phát xảy ra ở khoảng 1/3 số bệnh nhân.⁸

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng tiêu hóa trong HSP là thường gặp và là nguyên nhân chủ yếu khiến trẻ phải nhập viện. Triệu chứng tiêu hóa xuất hiện trước khi phát ban có thể gây khó khăn cho việc chẩn đoán bệnh, dễ nhầm với bệnh lý bụng ngoại khoa và có thể dẫn đến phẫu thuật không cần thiết. Siêu âm ổ bụng là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện giúp chẩn đoán phân biệt cũng như phát hiện các biến chứng ở bệnh nhân HSP thể bụng.

Hầu hết các trẻ HSP thể bụng đều có tiến triển và tiên lượng tốt. Tiến triển lâu dài của bệnh liên quan đến tổn thương thận sau khởi phát HSP. Cần làm xét nghiệm nước tiểu thường quy cho tất cả các bệnh nhân HSP nhằm phát hiện và điều trị sớm tổn thương thận

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oni L, Sampath S. Childhood IgA Vasculitis (Henoch Schonlein Purpura)—Advances and Knowledge Gaps. *Frontiers in Pediatrics*. 2019;7:257. doi:10.3389/fped.2019.00257

2. **Yang Y-H, Yu H-H, Chiang B-L.** The diagnosis and classification of Henoch–Schönlein purpura: An updated review. *Autoimmunity Reviews*. 2014;13(4-5):355-358. doi:10.1016/j.autrev.2014.01.031
3. **Ozen S, Pistorio A, Iusan SM, et al.** EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schonlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: Final classification criteria. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2010;69(5):798-806. doi:10.1136/ard.2009.116657
4. **Chen S-Y, Kong M-S.** Gastrointestinal manifestations and complications of Henoch-Schönlein purpura. *Chang Gung Med J*. 2004;27(3):175-181.
5. **Calvo-Río V, Hernández JL, Ortiz-Sanjuán F, et al.** Relapses in patients with Henoch–Schönlein purpura: Analysis of 417 patients from a single center. *Medicine*. 2016;95(28):e4217. doi:10.1097/MD.00000000000004217
6. **Shah G.** Clinical profile and pattern of Henoch-Schönlein purpura in children. *J Patan Acad Health Sci*. 2015;2(1):17-21. doi:10.3126/jpahs.v2i1.20335
7. **Ekinci RMK, Balci S, Sari Gokay S, et al.** Do practical laboratory indices predict the outcomes of children with Henoch-Schönlein purpura? *Postgrad Med*. 2019;131(4):295-298. doi:10.1080/00325481.2019.1609814
8. **Ozen S, Bilginer Y.** Henoch-Schönlein purpura/immunoglobulin-A vasculitis. In: *Rheumatology*. Elsevier; 2015:1338-1343. doi:10.1016/B978-0-323-09138-1.00161-3

ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG GẮNG SỨC BẰNG NGHIỆM PHÁP GẮNG SỨC ĐIỆN TÂM ĐỒ Ở BỆNH NHÂN NHỊP CHẬM XOANG

Nguyễn Xuân Duy*, Phạm Trần Linh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khả năng gắng sức bằng nghiệm pháp gắng sức điện tâm đồ ở bệnh nhân nhịp chậm xoang và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến khả năng gắng sức ở nhóm bệnh nhân này. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Tim Việt Nam và Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 1/2020 đến tháng 9/2021. 60 bệnh nhân có nhịp chậm xoang dưới 50 lần/phút biểu hiện trên điện tâm đồ bề mặt khi nghỉ được đưa vào nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân lựa chọn vào nghiên cứu được đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng, và được đánh giá khả năng gắng sức bằng nghiệm pháp gắng sức điện tâm đồ. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,12±13,08 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 1,50/1. Bệnh nhân trong nghiên cứu có khả năng gắng sức tối đa là 7,78±3,59 METs. Tỷ lệ không đạt 85% khả năng gắng sức tối đa dự đoán là 53,3%. Có 53,3% bệnh nhân mất khả năng điều biến tần số tim (CI<0,8). Trong phân tích hồi quy tuyến tính đa biến, các yếu tố tuổi, giới, mắc rối loạn nhịp chậm có tương quan chặt chẽ với khả năng gắng sức của bệnh nhân theo phương trình: Khả năng gắng sức tối đa (METs) = 18,857 – 0,637 x Tuổi (năm) – 0,238 x Giới (Nam = 0; Nữ = 1) – 2,696 x Mắc rối loạn nhịp chậm. (R² hiệu chỉnh = 0,793; p < 0,001).

Từ khóa: Khả năng gắng sức, Nghiệm pháp gắng sức điện tâm đồ, Nhịp chậm xoang

SUMMARY

ASSESS EXERCISE CAPACITY BY ELECTROCARDIOGRAPHIC STRESS TEST IN PATIENTS WITH SINUS BRADYCARDIA

Objectives: Assess exercise capacity by electrocardiographic stress test in patients with sinus bradycardia and investigate some factors related to exercise capacity in this group of patients. **Methods:** The study was conducted at the Vietnam Heart Hospital and Hanoi Heart Hospital from January 2020 to September 2021. 60 patients with sinus bradycardia less than 50 beats/min as shown on resting surface electrocardiogram were included in the study. The patients enrolled in the study were evaluated clinical, subclinical, and evaluated for exercise capacity by electrocardiographic stress testing. **Results:** The mean age of the study group was 55.12±13.89 years old. Male/Female ratio: 1.50/1. Patients in the study had a maximum exercise capacity of 7.78±3.59 METs. The mean heart rate at maximum exertion was 129.90±29.22 beats per min. The mean heart rate recovery after exercises 1 minute was 27.72±16.72 beats per min. The Chronotropic index (CI) was 0.64±0.25. The systolic and diastolic blood pressures at maximum exertion were respectively 155.31±20.42 mmHg and 88.13±9.13 mmHg. The rate of failure to achieve 85% of the predicted maximum exercise capacity was 53.3%. There were 53.3% patients who had chronotropic incompetence (CI<0.8). Multi linear regression analysis showed that the factors of age, gender, and bradyarrhythmia were strongly correlated with the patient's exercise capacity. The analyzation of data to yield the equation: Maximum exercise capacity (METs) = 18.857 – 0.637 x Age (years) – 0.238 x Gender (Male = 0; Female = 1) – 2,696 x Bradycardia and Conduction Disorders. (R² = 0.793; p < 0.001).

Keywords: Exercise capacity, Electrocardiogram stress test, Sinus bradycardia

*Bệnh viện Quân Y 105

**Viện Tim mạch Việt Nam- Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Duy

Email: nguyenduyk41qy@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2021

Ngày duyệt bài: 14.10.2021