

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG VỚI RỐI LOẠN NHỊP TIM Ở BỆNH NHÂN VIÊM CƠ TIM CẤP

Phạm Trần Linh^{1,3,4}, Vũ Quốc Oai²

TÓM TẮT

Viêm cơ tim là bệnh lý với lâm sàng đa dạng, từ không triệu chứng đến các bệnh cảnh nguy kịch như suy tim cấp, rối loạn nhịp tim, thậm chí tử vong. Các rối loạn nhịp tim thường xuất hiện với nhiều mức độ. Đặc biệt trong giai đoạn cấp, các rối loạn nhịp ác tính là nguyên nhân tử vong ở hầu hết bệnh nhân. **Mục tiêu:** Tìm hiểu mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng với rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 51 bệnh nhân viêm cơ tim cấp được điều trị tại Khoa Hồi Sức Tích Cực và Viện Tim mạch - Bệnh Viện Bạch Mai từ tháng 7/2018-7/2019. Các bệnh nhân được khám, làm xét nghiệm, ghi Holter điện tâm đồ hoặc theo dõi monitor 24-48h. **Kết quả:** Tuổi trung bình 36 ± 16 tuổi, nam giới chiếm 41,2%. Có 66,7% bệnh nhân xuất hiện rối loạn nhịp nguy hiểm và 39,2% bệnh nhân có từ 3 rối loạn nhịp trở lên. Khó thở, huyết áp, lượng nước tiểu, nồng độ Kali, nồng độ CK-MB, nồng độ Troponin T, nồng độ NT-proBNP, phân suất tống máu và các bệnh nhân phải hỗ trợ bằng ECMO là các yếu tố liên quan đến mức độ nguy hiểm và số lượng rối loạn nhịp. Trong đó lượng nước tiểu 24h, nồng độ CK-MB, nồng độ Troponin T, cần phải điều trị ECMO có liên quan độc lập. **Kết luận:** Bệnh nhân viêm cơ tim có tỷ lệ rối loạn nhịp cao và phức tạp. Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng có mối liên quan chặt chẽ với sự xuất hiện của các rối loạn nhịp này.

Từ khóa: Viêm cơ tim, ECMO, rối loạn nhịp tim.

SUMMARY

THE CORRELATION BETWEEN CLINICAL SYMPTOMS, PARACLINICAL FINDINGS AND ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDITIS

Myocarditis is a condition with diverse clinical presentations, ranging from asymptomatic cases to critical scenarios such as acute heart failure, arrhythmias, and even death. Arrhythmias often appear with varying severity. Notably, malignant arrhythmias are the leading cause of death in the acute phase for most patients. **Objective:** To investigate the correlation between clinical symptoms, paraclinical findings and arrhythmias in patients with acute myocarditis. **Subjects and Methods:** A cross-

sectional study was conducted on 51 patients with acute myocarditis treated at the Intensive Care Unit and the National Heart Institute - Bach Mai Hospital from July 2018 to July 2019. Patients underwent examinations, laboratory tests, and 24-48 hour Holter electrocardiogram monitoring. **Results:** The average age was 36 ± 16 years, with male patients accounting for 41.2%. Malignant arrhythmias were observed in 66.7% of patients, and 39.2% had three or more episodes of arrhythmias. Factors associated with the severity and frequency of arrhythmias included dyspnea, blood pressure, urine output, potassium levels, CK-MB levels, Troponin T levels, NT-proBNP levels, ejection fraction, and the necessity for ECMO support. Among these, 24-hour urine output, CK-MB levels, Troponin T levels, and the need for ECMO treatment were independently associated. **Conclusion:** Patients with myocarditis exhibit a high incidence of complex arrhythmias. Clinical and paraclinical factors are closely related to the occurrence of these arrhythmias. **Keywords:** Myocarditis, ECMO, cardiac arrhythmias

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cơ tim là tình trạng cơ tim bị viêm do nhiều nguyên nhân trong đó thường gặp là do vi-rút. Trong giai đoạn tiến triển của bệnh tình trạng hủy hoại cơ tim làm giảm khả năng co bóp của tim cũng như làm thay đổi các đặc tính sinh học của cơ tim có thể gây bệnh cảnh nguy kịch như suy tim cấp nặng, rối loạn nhịp nặng, sốc tim và thậm chí ngừng tuần hoàn dẫn đến tử vong nhanh chóng [1]. Các rối loạn nhịp thường xuất hiện ở bệnh nhân viêm cơ tim đặc biệt trong giai đoạn cấp, có thể xuất hiện là các cơn nhịp nhanh xoang, có thể là block nhánh, nhưng cũng có thể là những rối loạn nhịp ác tính như nhanh thất, rung thất hay block nhĩ thất độ cao. Chính những rối loạn nhịp ác tính là một trong những nguyên nhân hàng đầu của đột tử ở người trẻ tuổi không có bệnh tim cấu trúc trước đó [2,3]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa lâm sàng và cận lâm sàng với rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Bệnh nhân được chẩn đoán Viêm cơ tim cấp theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Châu Âu 2013.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Hồi Sức Tích Cực và Viện Tim Mạch- Bệnh Viện Bạch Mai.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang,

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vimec Times City

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trần Linh

Email: ptlinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 28.10.2025

chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình nghiên cứu:

- Bước 1: Bệnh nhân vào viện nghi ngờ viêm cơ tim được làm các xét nghiệm lâm sàng, cận lâm sàng

- Bước 2: Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn tiêu chuẩn loại trừ

- Bước 3: Ghi Holter điện tâm đồ hoặc monitor theo dõi liên tục 24-48h

- Bước 4: Thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng kết quả theo dõi từ holter, monitor. Phân tích và xử lý số liệu.

Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được của nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học trên máy vi tính bằng chương trình phần mềm Stata 14.0. Dùng mô hình logistic đơn biến, đa biến để tìm ra các biến cố liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và tính tỉ suất chênh OR (CI 95%).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Trong thời gian 12 tháng từ 07/2018 đến 07/2019, nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 51 bệnh nhân viêm cơ tim cấp tại Viện Tim Mạch và khoa Hồi Sức Tích Cực- Bệnh Viện Bạch Mai. Tuổi trung bình 36 ± 16 tuổi, nam giới chiếm 41,2%.

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm cơ tim cấp

Chỉ số (n=51)		Giá trị
Thời gian nằm viện (ngày)		14.7 ± 11.6 (CI95% 12-96)
Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện (h)		37.2 ± 16.7 (CI95% 12-96)
Thời gian xuất hiện rối loạn nhịp đầu tiên kể từ khi nhập viện (h)		8.8 ± 5.5 (CI95% 6-24)
Tiền sử mắc các bệnh khác (n, %)		6 (11.8%)
Sốt		26 (51%)
Đau ngực		5 (9.8%)
Khó thở		7 (13.6%)
Trởng ngực		8 (15.7%)
Huyết áp (mmHg)	Tâm thu	94.5 ± 15.2 (CI95% 60-140)
	Tâm trương	58.8 ± 13.1 (CI95% 30 – 90)
Tần số tim (nhịp/phút)		101 ± 15.1 (CI95% 75-140)
Lượng nước tiểu 24h (ml)		974.5 ± 496.7 (CI95% 300-2000)
Đau ngực (n, %)		44 (86.3)
NYHA	I (n; %)	5 (9.8%)

	II (n; %)	17 (33.3%)
	III (n; %)	24 (47.1%)
	IV (n; %)	5 (9.8%)
Hemoglobin (g/L)		126.2 ± 30.1 (CI95% 98.6-187.4)
Bạch cầu (G/L)		11.4 ± 5.3 (CI95% 4.5-28)
Kali (mmol/L)		3.9 ± 0.4 (CI95% 3.3-4.8)
Creatinin (um/L)		101.9 ± 71.7 (CI95 38-422)
CK-MB (U/L)		87.7 ± 71.7 (CI95% 16-330)
Troponin T (ng/L)		2949.1 ± 3044.9 (CI95% 68-10000)
Procalcitonin (ng/mL)		11.5 ± 26.9 (CI95% 0,02-100)
NT-ProBNP (pmol/L)		1329 ± 1285 (CI95% 14-4138)
EF biplane (%)		37.1 ± 14.5 (CI95% 13-66)
Cần điều trị ECMO (n; %)		31; 60.8%
Tử vong (n; %)		6; 11.7%

Nhận xét: - Thời gian nằm viện trung bình là 14.7 ± 11.6 ngày

- Thời gian nhập viện sau khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên là 37.2 ± 16.7 giờ.

- Thời gian xuất hiện rối loạn nhịp đầu tiên trung bình 8.8 ± 5.5 giờ sau khi nhập viện.

- Chức năng tâm thu thất trái giảm nhiều EF biplane $37.1 \pm 14.5\%$

- Bệnh nhân cần điều trị ECMO chiếm tới 60.8%.

3.2. Đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp

Bảng 3.2. Các rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp

Rối loạn nhịp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%) (N=51)
Nhanh xoang	42	82.3
Nhanh nhĩ	3	5.9
Ngoại tâm thu nhĩ	34	66.7
Rung cuồng nhĩ	2	3.9
Ngoại tâm thu thất	41	80.4
Nhanh thất	21	41.2
Rung thất	17	33.3
Block hai phân nhánh	22	43.1
Block ba phân nhánh	10	19.6
Block nhĩ thất cao độ	26	51

Nhận xét: Nhanh xoang là rối loạn nhịp gặp nhiều nhất 82.3%, tiếp theo là ngoại tâm thu thất 80.4%. Các rối loạn nhịp nguy hiểm như nhanh thất, rung thất, block nhĩ thất cao độ chiếm tỷ lệ 33.3-51%. Rung cuồng nhĩ là rối loạn

nhịp ít gặp nhất 3.9%.

3.3. Mối liên quan giữa lâm sàng và cận lâm sàng với các rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân viêm cơ tim

Bảng 3.3. Phân tích đơn biến các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng tới các rối loạn nhịp nguy hiểm

Chỉ số		Rối loạn nhịp nguy hiểm		P	OR (95%)
		Có (34)	Không (17)		
Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện (h)		39.5±17.9	32.5±13.2	0.134	1.03 (0,9-1,07)
Thời gian xuất hiện rối loạn nhịp đầu tiên kể từ khi nhập viện (h)		8.4±5.3	9.5±6.1	0.52	0.96 (0.87-1.07)
Huyết áp (mmHg)	Tâm thu	88.8±10.9	105.9±16.5	0.001	0.9 (0.85-0.96)
	Tâm trương	54.7±11.6	67.1±12.1	0.005	0.9 (0.83-0.97)
Tần số tim (nhịp/phút)		103.3±16.4	96.5±12.1	0.134	1.03 (0.9-1.07)
Lượng nước tiểu 24h (ml)		711.8±263.7	1500±433	0.001	0.99 (0.99-0.997)
NYHA	I (n; %)	0	5; 29.4	0.001	7,4 (2.3-23.6)
	II (n; %)	9; 26.5	8; 47.1		
	III (n; %)	20; 58.8	4; 23.5		
	IV (n; %)	5; 14.7	0		
Hemoglobin (g/L)		122.6±14.8	133.2±19.3	0.043	0.96 (0.92-0.99)
Bạch cầu (G/L)		11.7±4.5	10.9±6.8	0.59	1.03 (0.9-1.1)
Kali (mmol/L)		3.9±0.4	3.7±0.2	0.02	16.5 (1.5-176)
Creatinin (um/L)		119.2±81.9	67.5±18.9	0.09	1.04 (1.00-1.07)
CK-MB (U/L)		103.9±77.6	55.5±44.7	0.035	1.001 (1.00-1.02)
Troponin T (ng/L)		3761.3±3146.1	1324.5±2086	0.029	1.0005 (1.0001-1.001)
Procalcitonin (ng/mL)		16.3±31.9	1.8±3.9	0.22	1.06
NT-ProBNP (pmol/L)		1619±1291	748.6±1089	0.037	1.0007
EF biplane (%)		29.5±7.9	52±13	0.0001	0.836 (0.76-0.92)
Cần điều trị ECMO (n,%)		30; 88.2	1; 5.9	0.0001	120 (12-1165)
Tử vong (n,%)		6; 17.6	0		

Nhận xét: Huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, lượng nước tiểu, Mức độ khó thở, lượng hemoglobin, nồng độ kali, nồng độ creatinin, nồng độ CK-MB, nồng độ troponin T, nồng độ NT-ProBNP, Phần suất tổng máu EF, điều trị ECMO là các yếu tố nguy cơ cho việc xuất hiện các rối loạn nhịp nguy hiểm ($p < 0.05$).

Bảng 3.4. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến có hay không rối loạn nhịp nguy hiểm

Chỉ số		Rối loạn nhịp nguy hiểm		P	OR (95%)
		Có (34)	Không (17)		
Huyết áp (mmHg)	Tâm thu	88.8±10.9	105.9±16.5	0.091	0.8 (0.67-1.02)
	Tâm trương	54.7±11.6	67.1±12.1	0.036	1.1 (0.90-1.3)
Lượng nước tiểu 24h (ml)		711.8±263.7	1500±433	0.01	0.999 (0.98-0.99)
NYHA	I n; %	0	5; 29.4	0.034	0.29 (0.24-3.6)
	II n; %	9; 26.5	8; 47.1		
	III n; %	20; 58.8	4; 23.5		
	IV n; %	5; 14,7	0		
Hemoglobin (g/L)		122.6±14.8	133.2±19.3	0.25	1.04 (0.96-1.1)
Kali (mmol/L)		3.9±0.4	3.7±0.2	0.98	0.96 (0.04-19)
CK-MB (U/L)		103.9±77.6	55.5±44.7	0.51	1.009 (0.98-1.03)
Troponin T (ng/L)		3761±3146	1324±2086	0.04	1.0008 (1-1.0015)
NT-ProBNP(pmol/L)		1619±129	748±1089	0,56	0.99 (0.99-1)
EF biplane (%)		29,5±7,9	52±13	0,203	0.92 (0,81-1,04)
Cần điều trị ECMO (n, %)		30; 88.2	1; 5.9	0.035	23 (1.2-437)

Nhận xét: Từ bảng trên thấy các yếu tố độc lập liên quan đến rối loạn nhịp nguy hiểm gồm: lượng nước tiểu 24h, nồng độ troponin T và điều trị hỗ trợ bằng ECMO ($p < 0.05$)

Bảng 3.5. Phân tích đơn biến các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng tới số lượng loại rối

loạn nhịp

Chỉ số		Số lượng rối loạn nhịp		P	OR (95%)
		≥3 (20)	<3 (31)		
Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện (h)		34.8±10.9	38.7±19.5	0.41	0.98 (0.94-1.02)
Thời gian xuất hiện rối loạn nhịp đầu tiên kể từ khi nhập viện (h)		7.8±4.4	9.5±6.1	0.3	0.93 (0.83-1.05)
Huyết áp (mmHg)	Tâm thu	89±13.3	105.9±16.5	0.046	0.95 (0.91-0.99)
	Tâm trương	54±13.1	67.1±12.1	0.04	0.95 (0.90-0.99)
Mạch, ck/ph		102.9±15.8	99.8±15.1	0.48	1.01 (0.98-1.05)
Tiểu (ml/24)		680±2397	1164.5±528.8	0.003	0.997 (0.995-0.999)
NYHA	I n; %	0	5; 16.1	0.052	2.2 (0.9-4.9)
	II n; %	6;30	11; 35.5		
	III n; %	11; 55	13; 41.9		
	IV n; %	3; 15	2; 6.5		
Hemoglobin (g/L)		125.2±12.2	126.8 ±19.7	0.732	0.99 (0.96-1.02)
Bạch cầu (G/L)		11.7±5.5	11.3±5.2	0.78	1.01 (0.9-1.1)
Kali(mmol/L)		3.9±0.4	3.8±0.3	0.334	2.17 (0.44-10.5)
Creatinin (um/L)		140.7±97.7	77.1±29.8	0.08	1.02 (1.00-1.04)
CK-MB (U/L)		131.5±82.2	59.6±46.8	0.003	1.01 (1.00-1.03)
Troponin T(ng/L)		4810±3221	1748±2253	0.003	1.0004
Procalcitonin(ng/ml)		21.9±34.7	4.7±17.9	0.058	1.02 (0.99-1.05)
NT-ProBNP (pmol/L)		1416±1201	1272±1353	0.69	1.00008
EF biplane (%)		28.6±8.9	42.5±14.8	0.004	0.9 (0.84-0.97)
Cần điều trị ECMO (n,%)		19; 95	12; 38.7	0.002	30 (3.5-254)

Nhận xét: Từ bảng phân tích hồi quy logistic đơn biến trên thấy được có sự khác nhau giữa nhóm nhiều rối loạn nhịp và ít rối loạn nhịp ở: Huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, lượng nước tiểu, nồng độ creatinin, nồng độ CK-MB, nồng độ troponin, Phần suất tổng máu EF, điều trị ECMO.

Bảng 3.7. Phân tích đa biến liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng với số lượng loại rối loạn nhịp

Chỉ số		Số lượng rối loạn nhịp		P	OR(95%)
		≥3 (20)	<3 (31)		
Huyết áp mmHg	Tâm thu	89±13.3	105.9±16.5	0.33	1.1 (0.9-1.3)
	Tâm trương	54±13.1	67.1±12.1	0.74	0.97 (0.83-1.1)
Tiểu (ml/24)		680±239.7	1164.5±528.8	0.86	1.0003 (0.996-1.004)
Creatinin (um/L)		140.7±97.7	77.1±29.8	0.26	1.01 (0.98-1.04)
CK-MB (mmol/l)		131.5±82.2	59.6±46.8	0.036	1.03 (1.001-1.05)
Troponin T(mmol/l)		4810.6±3221.7	1748.1±2253.5	0.37	1 (0.999-1)
EF biplane (%)		28.6±8.9	42.5±14.8	0.91	1.009 (0.86-1.18)
Điều trị ECMO		19; 95	12; 38.7	0.02	639 (2.5-158089)

Nhận xét: Các yếu tố độc lập liên quan đến số lượng loại rối loạn nhịp là nồng độ CK-MB, điều trị ECMO.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm cơ tim cấp. Nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là: 36±16 tuổi phù hợp với nghiên cứu của Caforio và cộng sự trên 174 bệnh nhân với tuổi trung bình là 36±18 [4]. Nhìn chung viêm cơ tim chủ yếu ở bệnh nhân trẻ tuổi. Không có sự khác biệt về giới ở các bệnh nhân viêm cơ tim.

Do tổn thương tại tim là chủ yếu do vậy huyết áp thường thấp, theo nghiên cứu của

chúng tôi HA tâm thu: 94,5±15,2 mmHg, HA tâm trương: 58,8± 13,1 mmHg, khó thở từ mức độ NYHA II (90,2%). Cung lượng tim giảm cộng với tổn thương chức năng thận do vậy lượng nước tiểu giảm, trung bình 974±496 ml/24h. Sự gia tăng của các dấu ấn sinh học là biểu hiện cho tình trạng cơ tim bị tổn thương, hoại tử. Khi men tim tăng càng cao thì biểu hiện sự phá hủy cơ tim càng nhiều [5]. Do tổn thương cơ tim làm cho chức năng tim đặc biệt là chức năng tâm thu giảm đi dẫn tới nồng độ NT-proBNP tăng rất cao ở các bệnh nhân viêm cơ tim cấp.

Điều trị cho bệnh nhân viêm cơ tim chủ yếu là điều trị triệu chứng, điều trị hỗ trợ. ECMO hay

dụng cụ hỗ trợ thất bại là các lựa chọn để hỗ trợ cho bệnh nhân viêm cơ tim trong giai đoạn cấp. Hỗ trợ này nên được xem xét khi suy tim, rối loạn nhịp, sốc tim không đáp ứng với điều trị nội khoa [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 60,8% bệnh nhân được sử dụng ECMO hỗ trợ.

4.2. Đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp. Tỷ lệ bệnh nhân có các rối loạn nhịp nguy hiểm như nhanh thất chiếm 23% và block nhĩ thất cấp 3 chiếm 9.6% xuất hiện đầu tiên khiến đây là một trong các nguyên nhân gây đột tử ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp [7]. Tỷ lệ rối loạn nhịp thất gặp nhiều hơn rối loạn nhịp nhĩ cũng như gánh nặng rối loạn nhịp thất lớn hơn (nhanh thất bền bỉ chiếm 41.2%, rung thất chiếm 33.3%) do tổn thương cơ tim khiến tiên lượng bệnh nhân xấu hơn [8]. Các rối loạn dẫn truyền khá thường gặp ở các bệnh nhân viêm cơ tim. Số lượng bệnh nhân block nhĩ thất độ cao trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 51%, block 2 phân nhánh 43,1%. Do tỷ lệ xuất hiện các rối loạn nhịp nguy hiểm cao khiến số lượng bệnh nhân cần ECMO cũng chiếm số lượng lớn trong nghiên cứu của chúng tôi (60,8%).

4.3. Liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng với rối loạn nhịp tim

Theo nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố lâm sàng như: Huyết áp tâm thu, Huyết áp tâm trương, lượng nước tiểu 24h, mức độ khó thở là liên quan có ý nghĩa đến sự xuất hiện của các rối loạn nhịp nguy hiểm. Trong đó mức độ khó thở có chỉ số OR cao nhất 7,4, các yếu tố còn lại OR lần lượt là 0,9; 0,9; 0,99. Qua đây thấy được mức độ khó thở là yếu tố lâm sàng ảnh hưởng nhiều nhất đến sự xuất hiện của các rối loạn nhịp nguy hiểm. Ngoài ra các yếu tố khác như số lượng nước tiểu, huyết áp cũng ảnh hưởng đến sự xuất hiện của các rối loạn nhịp nguy hiểm. Các dấu hiệu này đều biểu hiện cho tình trạng suy tim của bệnh nhân. Chức năng tim càng giảm thì tình trạng tổn thương cơ tim càng nhiều và nguy cơ gây rối loạn nhịp hay rối loạn nhịp nguy hiểm càng cao [9].

Các yếu tố cận lâm sàng ảnh hưởng đến rối loạn nhịp nguy hiểm theo nghiên cứu của chúng tôi đó là: nồng độ hemoglobin, nồng độ Kali máu, nồng độ CK-MB, nồng độ Troponin T, phân suất tổng máu (EF), phải điều trị hỗ trợ bằng ECMO. Trong đó có các yếu tố: phải điều trị hỗ trợ bằng ECMO làm tăng nguy cơ rối loạn nhịp nguy hiểm lên 120 lần (OR=120), nồng độ Kali thay đổi làm tăng nguy cơ lên 16,5 lần (OR=16,5). Các chỉ số sinh học của tim như men tim CK-MB, Troponin T, NT- proBNP là biểu hiện cho sự hoại tử cơ tim và suy tim. Cơ tim tổn thương

càng nhiều càng làm tăng khả năng xuất hiện rối loạn nhịp nói chung và các rối loạn nhịp nguy hiểm nói riêng. Những biến đổi đó làm tăng khả năng xuất hiện các rối loạn nhịp tim [9]. Ngoài ra rối loạn điện giải cũng là một yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sự xuất hiện của rối loạn nhịp. Nồng độ K⁺ ngoài tế bào rất thấp nên thay đổi nồng độ dù nhỏ của ion này cũng có thể ảnh hưởng đến hoạt động điện thế và gây rối loạn.

Phân tích đa biến thấy có các yếu tố có ảnh hưởng đơn độc đến sự xuất hiện các rối loạn nhịp nguy hiểm đó là: lượng nước tiểu 24h, nồng độ troponin T và điều trị ECMO. Số lượng nước tiểu bị ảnh hưởng trực tiếp bởi chức năng tim do tưới máu thận. Nồng độ men tim troponin T biểu hiện cho sự tổn thương cơ tim. Nếu men tim tăng nhanh trong thời gian ngắn liên quan đến đến tốc độ diễn biến bệnh càng nhanh, tổn thương cơ tim càng nhiều. Nghiên cứu của Smith SC cho thấy men tim tăng lên sớm có mối tương quan đáng kể với thời gian xuất hiện các triệu chứng của suy tim [5].

Điều trị ECMO hay còn gọi là oxy hóa qua màng ngoài cơ thể là phương pháp điều trị rất có ích khi tình trạng suy tim tiến triển không đáp ứng với điều trị nội khoa, hoặc các rối loạn nhịp nguy hiểm liên tục, cơn bão điện học khiến cho huyết động của bệnh nhân đe dọa. Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 96,8% bệnh nhân được hỗ trợ bằng ECMO có rối loạn nhịp nguy hiểm cần phải hỗ trợ ECMO hay tính tương quan thì ở những bệnh nhân dùng ECMO khả năng xuất hiện rối loạn nhịp nguy hiểm cao hơn người không dùng 120 lần (OR=120). Qua đó thấy được có mối liên hệ rất lớn giữa rối loạn nhịp nguy hiểm với việc điều trị bằng ECMO.

V. KẾT LUẬN

Viêm cơ tim cấp là một bệnh lý nặng nề với nguy cơ rối loạn nhịp và tử vong cao. Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng như: khó thở, huyết áp, lượng nước tiểu, nồng độ Kali, nồng độ Troponin T, CK- MB, phân suất tổng máu, hỗ trợ ECMO là các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện các rối loạn nhịp nguy hiểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gore I. và Saphir O.** (1947). Myocarditis a classification of 1402 cases. American Heart Journal, 34(6), 827–830.
2. **Sagar S., Liu P.P., and Cooper L.T.** (2012). Myocarditis. The Lancet, 379(9817), 738–747.
3. **Doolan A., Semsarian C., and Langlois N.** (2004). Causes of sudden cardiac death in young Australians. Medical Journal of Australia, 180(3), 110–112.

4. **Caforio A.L.P., Calabrese F., Angelini A et al.** (2007). A prospective study of biopsy-proven myocarditis: prognostic relevance of clinical and aetiopathogenetic features at diagnosis. *European Heart Journal*, 28(11), 1326–1333.
5. **Smith S.C., Ladenson J.H., Mason J.W. et al** (1997). Elevations of cardiac troponin I associated with myocarditis. Experimental and clinical correlates. *Circulation*, 95(1), 163–168.
6. **Rockman et al** (1991). Acute fulminant myocarditis: Long-term follow-up after circulatory support with left ventricular assist device. *American Heart Journal*, 121(3), 922–926
7. **Punja M., Mark D.G., McCoy J.V. et al** (2010). Electrocardiographic manifestations of cardiac infectious-inflammatory disorders. *The American Journal of Emergency Medicine*, 28(3), 364–377.
8. **Koillipillai C., Quiñones M.A., Greenberg B. et al** (1996). Relation of ventricular size and function to heart failure status and ventricular dysrhythmia in patients with severe left ventricular dysfunction. *American Journal of Cardiology*, 77(8), 606–611.
9. **D'Aloia A., Faggiano P., Brentana L. et al** (2005). Recurrent ventricular fibrillation during a febrile illness and hyperthermia in a patient with dilated cardiomyopathy and automatic implantable cardioverter defibrillator. An example of reversible electrical storm. *International Journal of Cardiology*, 103(2), 207–208.

MÔ HÌNH NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TÍNH Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH

Phan Trọng Luân¹, Nguyễn Thị Diệu Thuý², Khúc Văn Lập³

TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp luôn là vấn đề lớn trong bệnh lý Nhi khoa. **Mục tiêu:** Mô tả mô hình nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) ở trẻ em điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến mô tả cắt ngang. Chọn mẫu toàn bộ các bệnh nhân dưới 5 tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Thái Bình từ 01/2024 đến 12/2024. **Kết quả:** Bệnh lý NKHHCT rất đa dạng, cả đường hô hấp trên và hô hấp dưới. Tuổi nhập viện trung bình của trẻ NKHHCT là 15,04±13,98 tháng. Tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái là 1,6/1. Viêm mũi họng cấp là bệnh lý đường hô hấp trên thường gặp nhất, chiếm 26,5%. Viêm phổi thường gặp nhất trong nhóm các bệnh lý đường hô hấp dưới, chiếm 73,4%. Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện chủ yếu vào mùa đông và mùa xuân. **Kết luận:** Bệnh NKHHCT chủ yếu gặp ở lứa tuổi nhỏ. Bệnh nhân nhập viện chủ yếu vào mùa đông xuân với NKHHCT đường hô hấp dưới. **Từ khoá:** Nhiễm khuẩn hô hấp cấp, trẻ em, điều trị

SUMMARY

PATTERN OF ACUTE RESPIRATORY INFECTION IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OF AGE TREATED AT THE THAI BINH PEDIATRIC HOSPITAL

Acute respiratory infections are major problem in children's health. **Objective:** To describe the pattern of acute respiratory infections (ARIs) in inpatient children

at the Thanh Binh Pediatric Hospital in 2024. **Methods:** A prospective and retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted in children under 5 years old treated at the Thai Binh Pediatric Hospital which were suffered from acute respiratory infection from 1/2024 to 12/2024. **Results:** There were a variety of acute respiratory infection. Mean age of children with ARI was 15,04±13,98 months. The ratio of boys to girls was 1.6/1. Acute nasopharyngitis was the most common upper respiratory tract disease, accounting for 26.5% wheares pneumonia is the most common among lower respiratory tract diseases, accounting for 73.4%. The admissions of patients were mainly in winter and spring. **Conclusion:** ARI is mainly observed at a young age. Children are admitted to the hospital mainly in the winter and spring due to lower ARI. **Keywords:** Acute respiratory infection, children, treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là tình trạng viêm do các tác nhân như vi khuẩn hoặc virus gây nên những tổn thương viêm cấp tính ở một phần hay toàn bộ hệ thống hô hấp. Đây là một nhóm bệnh rất phổ biến ở trẻ em (TE), đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hàng năm trên toàn thế giới có khoảng 15 triệu TE tử vong (trên 95% ở các nước đang phát triển) thì có tới 4 triệu TE tử vong vì NKHHCT, chủ yếu do viêm phổi (VP) [1]. Năm 2004, số liệu báo cáo của UNICEF và WHO thì Việt Nam có khoảng 7,9 triệu trẻ < 5 tuổi và với tỷ lệ tử vong chung là 23‰ thì mỗi năm có khoảng 38.000 trẻ tử vong, trong đó VP chiếm 12% tổng số các trường hợp. Như vậy mỗi năm có khoảng 4500 trẻ < 5 tuổi tử vong do viêm phổi [2]. Hàng năm Bệnh viện Nhi Thái Bình khám chữa nhiều bệnh lý trẻ em, đặc biệt là các

¹Bệnh viện Nhi Thái Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thuý

Email: nguyendieuthuyhu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 28.10.2025