

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới

Tuổi	Nam		Nữ		Chung		P
	N	%	n	%	n	%	
40-59	7	58,3%	5	41,7%	12	30%	<0,05
60-80	10	50%	10	50%	20	50%	
>80	2	25%	6	75%	8	20%	
Tổng	19	47,5%	21	52,5%	40	100	
X±SD	58±10,3		60,8±9,3		59,4±9,8		<0,05

Độ tuổi trung bình của người bệnh tham gia nghiên cứu là 59,4±9,8 tuổi. Trong đó, ít tuổi nhất là 42 tuổi và cao nhất là 88 tuổi. Tuổi trung bình giữa nam và nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Tỷ lệ các triệu chứng cơ năng bệnh nhân gặp phải

Triệu chứng	Không triệu chứng	Tê bì chân	Đau cách hồi	Loét chi
Bệnh nhân (n,%)	8(20%)	20(50%)	12(30%)	0(0%)

Trong các triệu chứng cơ năng, triệu chứng tê bì chân thường gặp nhất (50%), bệnh nhân không có triệu chứng hoặc có triệu chứng đau cách hồi chiếm tỷ lệ lần lượt là 20% và 30%, không gặp trường hợp nào loét chi.

Bảng 3. Đặc điểm thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	N	(%)
<5 năm	20	50
5-10 năm	14	35
>10 năm	6	15
X±SD	5,2±4,0	

Xét về thời gian mắc bệnh, BN có thời gian mắc bệnh < 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 50%, theo đó là 5-10 năm (35%) và 15% BN mắc bệnh > 10 năm.

Bảng 4. Nồng độ glucose máu và HbA1C

Chỉ tiêu	Nam (n=19)	Nữ (n=21)	p
Glucose<7mmol/l	3(15,7)	6(28,5)	>0,05
Glucose≥7mmol/l	16(84,3)	15(71,5)	
X±SD	10,6±4,0	11,0±4,05	
	10,8±4,02		
HbA1C < 6,5%	5 (26,3)	5 (23,8)	>0,05
HbA1C≥6,5%	14 (73,7)	16 (76,2)	
X±SD	8,7±2,25	8,32±2,06	
	8,51±2,15		

Bệnh nhân có tổn thương động mạch chi dưới gặp chủ yếu ở nhóm bệnh nhân có Glucose máu >7 mmol/l và HbA1C ± 6.5% với tỉ lệ lần lượt nam/nữ là 84,3%/71,5% và 73,7%/ 76,2%. Nồng độ đường máu và HbA1C trung bình là

10,8±4,02 và 8,51±2,15.

Bảng 5. Tỷ lệ có tổn thương động mạch chi dưới theo giới tính

	Nam	Nữ	P
Không có tổn thương động mạch chi dưới	0	4,7%	>0,05
Có tổn thương động mạch chi dưới	100%	95,3%	

Không có sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ có tổn thương động mạch chi dưới theo giới tính.

Bảng 6. Tỷ lệ có tổn thương động mạch chi dưới theo BMI

	BMI <18,5	18,5≤BMI≤25	BMI >25	P
Không có tổn thương động mạch chi dưới	0%	4,7%	0%	>0,05
Có tổn thương động mạch chi dưới	100%	95,3%	100%	

Không có sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ tổn thương động mạch chi dưới theo BMI.

Bảng 7. Phân giai đoạn bệnh động mạch chi dưới theo Fontain

	Giai đoạn 1	Giai đoạn 2	Giai đoạn 3	Giai đoạn 4	Tổng
n	28	10	2	0	40
%	70	25	5	0	100

Trong tổng số 40 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, bệnh nhân thuộc giai đoạn 1 (không triệu chứng) chiếm tỉ lệ cao nhất (70%), tiếp theo là nhóm tổn thương giai đoạn 2 (có cơn đau cách hồi) chiếm 25%, Giai đoạn 3 (đau khi nghỉ ngơi) chiếm 5%, Giai đoạn 4 (loét hoặc hoại tử) không gặp trường hợp nào.

Bảng 8. Mức độ tổn thương động mạch chi dưới theo số năm mắc bệnh

Số năm mắc bệnh	<5 năm	5-10 năm	>10 năm	
Không có tổn thương	1(2,5%)	0(0%)	0(0%)	
Có tổn thương	97,5%	100%	100%	
Tổn thương	Dày IMT	80%	82,5	60%
	Xơ vữa	35%	42,5%	45%
	Hẹp nhẹ	22,5%	35%	80%
	Hẹp vừa	2,5%	25%	40%

Tổn thương chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm mắc bệnh > 10 năm, thấp nhất ở nhóm < 5 năm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm BN tham gia nghiên cứu.

BN có tiền sử đái tháo đường đã và đang điều trị các nhóm thuốc tiểu đường và mức độ kiểm soát đường huyết là khác nhau. Độ tuổi trung bình của BN là 59,4 tương tự nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hóa và cộng sự (2015) tuổi trung bình là 56,2; cao hơn so với độ tuổi trung bình trong

nghiên cứu của Lê Đình Tuấn (2018) tuổi trung bình là 55. Tỷ lệ mắc bệnh thời gian dưới 5 năm là nhiều nhất (50%) và trên 10 năm là ít nhất (15%).

Ở nhóm bệnh nhân gầy, bình thường hay thừa cân béo phì phần lớn đều có tổn thương động mạch chi dưới ở các mức độ khác nhau. Triệu chứng tê bì chân, và đau cách hồi nhẹ thường gặp nhất (50% và 30%), không gặp trường hợp nào tổn thương loét chi. Bệnh động mạch chi dưới làm ảnh hưởng đến cung cấp máu của chi dẫn đến triệu chứng tê bì chân, đau chi cách hồi...Không ghi nhận mối liên quan giữa triệu chứng cơ năng với mức độ tổn thương động mạch chi dưới.

4.2. Đặc điểm tổn thương động mạch chi dưới ở đối tượng nghiên cứu

- Tỷ lệ tổn thương và mức độ tổn thương ĐMCD theo số năm mắc bệnh: Số năm mắc đái tháo đường càng lâu, kiểm soát đường máu kém thì tổn thương càng nhiều và càng nặng.

4.3. Yếu tố liên quan đến tổn thương động mạch chi dưới

- Trong tổng số 40 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, chỉ có 1 bệnh nhân (2,5%) không ghi nhận tổn thương động mạch. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Công Hưng (2015) trên 66 bệnh nhân đái tháo đường tít 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, trong đó bề dày lớp nội mạc trung mạc (IMT) được ghi nhận ở 37,9% và hẹp mạch vành (MXV) ở 36,4% bệnh nhân.

- Yếu tố chỉ số BMI: không nhận thấy mối liên quan nào giữa tỉ lệ tổn thương ĐMCD với chỉ số BMI.

- Yếu tố số năm mắc bệnh: Tỷ lệ tổn thương ĐMCD tăng dần theo số năm mắc bệnh

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- Nghiên cứu trên 40 bệnh nhân ĐTĐ có tuổi trung bình 69,4; tỉ lệ nam nữ tương đương nhau, thời gian phát hiện ĐTĐ trung bình là $5,2 \pm 4$ năm. Tỷ lệ bệnh nhân thuộc giai đoạn 1 (không triệu chứng) chiếm cao nhất (70%), tiếp theo là nhóm tổn thương giai đoạn 2 (có cơn đau cách hồi) chiếm 25%, Giai đoạn 3 (đau khi nghỉ ngơi) chiếm 5%, Giai đoạn 4 (loét hoặc hoại tử) không gặp trường hợp nào.

- Trong nghiên cứu này, phần lớn bệnh nhân (97,5%) có tổn thương động mạch chi dưới, không ghi nhận sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tổn thương theo giới tính.

- Chỉ số BMI không liên quan đến sự hiện diện hay mức độ tổn thương động mạch chi dưới. Ngược lại, kiểm soát đường huyết, HbA1c

và thời gian mắc bệnh có mối liên quan với sự xuất hiện và mức độ tổn thương. Tổn thương động mạch chi dưới phức tạp gặp phổ biến hơn ở những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dài và kiểm soát đường huyết kém; tuy nhiên, vẫn có một số trường hợp tổn thương xảy ra ở nhóm bệnh nhân kiểm soát đường huyết tốt.

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi xin đưa ra kiến nghị sau:

Siêu âm Doppler động mạch chi dưới nên được chỉ định như xét nghiệm thường quy để phát hiện sớm các tổn thương động mạch ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2, đặc biệt những bệnh nhân có kèm các yếu tố nguy cơ cao như: Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu...

- Cần có nhiều nghiên cứu hơn nữa về siêu âm Doppler mạch máu chi dưới trên các bệnh nhân có tổn thương thận mạn tính, rối loạn lipid máu... để phát hiện sớm các tổn thương mạch máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Châu Lan Hương và cộng sự** (2015), "Khảo sát giá trị holter điện tâm đồ 24 giờ trong phát hiện rối loạn nhịp tim tại BVTM An Giang 2-8/2011", [Trực tuyến] < http://benhvientimmach.angiang.vn/DesktopModules/NEWS/DinhKem/82_holter-ECG-Laokhoa.pdf >, xem 03/03/2024.
2. **Trần Thị Mỹ Liên, Văn Thị Ngọc Uyên và Lê Hữu Đông** (2014). Nghiên cứu rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân tăng huyết áp bằng holter điện tim liên tục 24 giờ tại khoa tim mạch bệnh viện Thống Nhất TP HCM. [Trực tuyến] <<https://timmach.hoc.vn/nguyen-cuu-roi-loan-nhip-tim-o-benh-nhan-tang-huyet-ap-bang-holter-dien-tim-lien-tuc-24-gio-tai-khoa-tim-mach-benh-vien-thong-nhat-tp-hcm>>, xem 03/03/2024.
3. **Đoàn Thịnh Trường** (2021). Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương và rối loạn nhịp tim, biến thiên nhịp tim ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính có suy tim. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, 26-27.
4. **Trần Hoàng Dương, Lê Thị Thùy Linh** (2020). Mô tả rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy tim mạn tính có chức năng tâm thu thất trái giảm bằng Holter điện tâm đồ. Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình. Truy vấn từ <https://hoabinhhospital.org.vn>.
5. **Bellhassen B., Viskin S.** (1993). Idiopathic ventricular tachycardia and fibrillation. J Cardiovas Electrophysiol, 356-368.
6. **Romhilt D.W., Bove K.E., et al** (1969). A critical appraisal of the electrocardiographic criteria for the diagnosis of left ventricular hypertrophy. Circulation, 40: 185, PubMed ID: 4240354.
7. **M. Sokolow and T. P. Lyon** (1949). The ventricular complex in left ventricular hypertrophy as obtained by unipolar precordial and limb leads. Am. Heart J, 37: 161-186.
8. **Devereux R.B., Phillips M.C., Casale P.N., Eisenberg R.R., Kligfield P. Geometric** (1983). Determinants of electrocardiographic left ventricular hypertrophy. Circulation, 67: 907-911.

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHỊP TIM TRÊN HOLTER ĐIỆN TÂM ĐỒ 24 GIỜ Ở BỆNH NHÂN SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI <50% TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Đỗ Hữu Nghị¹, Vũ Thị Thảo Hiền¹,
Nguyễn Thị Thanh Nga¹, Đào Thị Hải Lý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm rối loạn nhịp tim trên Holter điện tâm đồ 24 giờ và mối liên quan giữa một số rối loạn nhịp tim với nồng độ NT-proBNP huyết tương và phân suất tổng máu thất trái (Left Ventricular Ejection Fraction - LVEF) ở bệnh nhân suy tim có LVEF <50% tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 70 bệnh nhân suy tim mạn tính có LVEF < 50% tại khoa Nội tim mạch - Bệnh viện Đa khoa Hà Đông, từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 7 năm 2025. Thực hiện ghi và phân tích Holter điện tâm đồ 24 giờ, siêu âm tim theo phương pháp Simpson tại thời điểm nhập viện. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $64,8 \pm 14,4$ năm. Nhóm tuổi trên 70 chiếm tỷ lệ cao nhất (39%). Giới nam giới chiếm tỷ lệ (61,4%) cao hơn nữ (38,4%). Holter điện tâm đồ 24 giờ cho thấy 60% bệnh nhân có rối loạn nhịp trên thất. Trong các rối loạn nhịp trên thất, ngoại tâm thu trên thất chiếm tỷ lệ cao nhất (55,7%) sau đó đến rung nhĩ (32,9%) và cơn nhịp nhanh trên thất chiếm tỷ lệ thấp (5,7%). Rối loạn nhịp thất chiếm tỷ lệ cao (75,7%). Trong đó, độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất (27,1%) sau đó đến độ 4 (22,9), độ 2 (20,0%), độ 3 (5,7%) và không gặp bệnh nhân có rối loạn nhịp độ 5. Nồng độ NT-proBNP huyết tương ở nhóm có rối loạn nhịp trên thất ($12082,79 \pm 440,18$ pg/ml) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có rối loạn nhịp trên thất ($9344,75 \pm 252,97$ pg/ml). NT-proBNP ở nhóm có và không có rối loạn nhịp thất không có sự khác biệt. Nhóm NT-proBNP huyết tương ≥ 500 pg/ml có tỷ lệ rối loạn nhịp trên thất nói chung và ngoại tâm thu trên thất cao hơn nhóm có NT-proBNP < 500 pg/ml. Nhóm LVEF $\leq 35\%$ có tỷ lệ rối loạn nhịp trên thất nói chung và ngoại tâm thu trên thất cao hơn nhóm có LVEF < 50%. **Kết luận:** 60% bệnh nhân có rối loạn nhịp trên thất, 75,7% có rối loạn nhịp thất. Nồng độ NT-proBNP huyết tương ở nhóm có rối loạn nhịp trên thất cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có rối loạn nhịp trên thất. Nhóm LVEF $\leq 35\%$ có tỷ lệ rối loạn nhịp trên thất nói chung và ngoại tâm thu trên thất cao hơn nhóm có 35% < LVEF < 50%. **Từ khóa:** Suy tim, Holter điện tâm đồ, Rối loạn nhịp

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CARDIAC ARRHYTHMIAS DETECTED BY 24-HOUR

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hữu Nghị

Email: drnghikcc@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

HOLTER MONITORING IN HEART FAILURE PATIENTS WITH LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION < 50% AT HA DONG GENERAL HOSPITAL

Objectives: To investigate the characteristics of cardiac arrhythmias detected by 24-hour Holter monitoring and their associations with plasma NT-proBNP levels and Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) in heart failure patients with LVEF <50% at Ha Dong General Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 70 patients with heart failure, LVEF < 50% at the Department of Cardiology, Ha Dong General Hospital, during the period from June 2024 to July 2025. All patients underwent 24-hour Holter e monitoring recording and analysis, as well as echocardiography using the Simpson method at the time of admission. **Results:** The mean age of the study population was 64.8 ± 14.4 years, with the age group above 70 years accounting for the highest proportion (39%). Male patients represented a higher proportion (61.4%) compared with females (38.4%). Holter 24-hour electrocardiographic monitoring revealed that 60% of patients had supraventricular arrhythmias. Among these arrhythmias, premature supraventricular contractions were the most frequent (55.7%), followed by atrial fibrillation (32.9%), while supraventricular tachycardia occurred at a lower rate (5.7%). Ventricular arrhythmias were common, occurring in 75.7% of patients. Of these, Lown grade 1 was most prevalent (27.1%), followed by grade 4 (22.9%), grade 2 (20.0%), and grade 3 (5.7%); no patients exhibited grade 5 arrhythmias. Plasma NT-proBNP concentrations in patients with supraventricular arrhythmias ($12,082.79 \pm 440.18$ pg/mL) were significantly higher than in those without supraventricular arrhythmias ($9,344.75 \pm 252.97$ pg/mL). There was no significant difference in NT-proBNP levels between patients with and without ventricular arrhythmias. Patients with NT-proBNP ≥ 500 pg/mL had higher rates of overall supraventricular arrhythmias and premature supraventricular contractions than those with NT-proBNP < 500 pg/mL. Patients with LVEF $\leq 35\%$ had higher rates of supraventricular arrhythmias and premature supraventricular contractions than those with 35% < LVEF < 50%. **Conclusion:** Sixty percent of patients had supraventricular arrhythmias, and 75.7% had ventricular arrhythmias. Plasma NT-proBNP levels were significantly higher in patients with supraventricular arrhythmias than in those without. Patients with LVEF $\leq 35\%$ exhibited higher rates of supraventricular arrhythmias and premature supraventricular contractions than those with 35% <

LVEF < 50%. **Keywords:** Heart Failure, Holter monitoring, Arrhythmia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp, kết quả của sự bất thường về cấu trúc hoặc chức năng tim dẫn đến mất khả năng làm đầy (suy tim tâm trương) hoặc tổng máu (suy tim tâm thu) của tâm thất, là một trong những bệnh lý tim mạch có tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn thế giới. Ước tính khoảng 1–2% dân số trưởng thành mắc suy tim và tỷ lệ này tăng dần theo tuổi [1]. Tại Việt Nam, gánh nặng bệnh suy tim ngày càng gia tăng song hành với sự già hóa dân số và tỷ lệ các bệnh lý nền như tăng huyết áp, bệnh động mạch vành và đái tháo đường. Bên cạnh tình trạng giảm cung lượng tim, rối loạn nhịp tim là một trong những yếu tố quan trọng góp phần làm nặng thêm triệu chứng, làm giảm chất lượng sống, tăng nguy cơ nhập viện và tử vong ở bệnh nhân suy tim. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị, nhưng tỷ lệ tử vong do bệnh lý này còn cao. Khoảng 50% tử vong ở bệnh nhân suy tim là do rối loạn nhịp thất, tỷ lệ này có liên quan nghịch với LVEF.

Holter điện tâm đồ 24 giờ là phương pháp có giá trị trong phát hiện các rối loạn nhịp thoáng qua, không triệu chứng, thường bị bỏ sót trên điện tâm đồ thông thường. Các rối loạn nhịp có thể không được phát hiện trên điện tâm đồ thường quy như ngoại tâm thu, nhanh thất thoáng qua, rối loạn dẫn truyền nhĩ-thất hay rung nhĩ kịch phát đều có thể ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh nhân suy tim [2]. Việc khảo sát đặc điểm rối loạn nhịp trên Holter điện tâm đồ 24 giờ ở bệnh nhân suy tim có LVEF < 50% nhằm phát hiện sớm rối loạn nhịp tim, phân tầng các bệnh nhân nguy cơ cao và tối ưu hóa kết quả điều trị. Xuất phát từ tính thời sự của suy tim cũng như khả năng ứng dụng rộng rãi của Holter điện tâm đồ, chúng tôi tiến hành đề tài "Đặc điểm rối loạn nhịp tim trên Holter điện tâm đồ 24 giờ ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu thất trái < 50% tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông", nhằm mục tiêu: Khảo sát đặc điểm rối loạn nhịp tim trên Holter điện tâm đồ 24 giờ và mối liên quan giữa một số rối loạn nhịp tim với nồng độ NT-proBNP huyết tương và LVEF ở bệnh nhân suy tim có LVEF < 50% tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 70 bệnh nhân được chẩn đoán suy tim có LVEF < 50% tại khoa Nội tim mạch - Bệnh viện Đa khoa Hà

Đông, thời gian từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 7 năm 2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính theo Hội Tim mạch châu Âu 2023 [1]
- LVEF < 50% (đo bằng phương pháp Simpson).

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang có các bệnh lý toàn thân ảnh hưởng đến nhịp tim: nhiễm khuẩn, thiếu máu, bệnh lý tuyến giáp, đột quỵ não, suy gan, thận.
- Có các bệnh lý tim mạch cấp tính: hội chứng vành cấp, suy tim cấp tính.
- Rối loạn nước, điện giải.
- Đang dùng các thuốc ảnh hưởng đến nhịp tim: adrenalin, dopamin, dobutamin.
- Đã được cấy máy tạo nhịp tim hoặc máy phá rung tự động.
- Thời gian ghi Holter điện tâm đồ không đủ 24 giờ.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Tiến cứu, mô tả, cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện.

2.2.2. Các bước tiến hành

- Các bệnh nhân có các triệu chứng suy tim được đưa vào nghiên cứu được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm thường quy, điện tâm đồ 12 đạo trình, siêu âm tim qua thành ngực, xét nghiệm NT-pro BNP huyết tương.

- Lấy vào nghiên cứu các bệnh nhân có triệu chứng cơ năng, thực thể của suy tim, NT-proBNP ≥ 125 pg/mL và LVEF < 50%.

- Ghi Holter điện tâm đồ 24 giờ.

- Sau 24 giờ, dữ liệu Holter được phân tích bằng phần mềm chuyên dụng.

2.3. Xử lý số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 23.0 thống kê tiêu chuẩn. Các biến định tính được biểu diễn bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn. Các so sánh giữa nhóm được thực hiện bằng các phép kiểm phù hợp (chi-square, Fisher, t-test), giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Đa khoa Hà Đông, Khoa Nội tim mạch - Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. Người bệnh tham gia tự nguyện vào nghiên cứu, các thông tin cá nhân được bảo mật, nghiên cứu chỉ nhằm mục tiêu nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, không phục vụ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

ngiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới (n=70)

Nhóm tuổi	Giới		Tổng (n,%)
	Nam	Nữ	
<50	8	7	15 (21,4)
50-59	15	8	23 (32,9)
60-69	2	5	7 (10,0)
≥70	18	7	25 (37,7)
Tổng (n,%)	43 (61,4)	27 (38,6)	70 (100)
Trung bình (năm)	64,8 ± 14,4		

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,8 ± 14,4 năm. Nhóm tuổi trên 70 chiếm tỷ lệ cao nhất (39%). Nam giới chiếm tỷ lệ (61,4%) cao hơn nữ (38,4%).

Bảng 2. Đặc điểm rối loạn nhịp trên điện tâm đồ 12 đạo trình

Rối loạn nhịp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhịp xoang bất thường	30	42,9
Rung nhĩ	11	15,7
Nhanh nhĩ	2	2,9
Ngoại tâm thu thất	13	18,6
Ngoại tâm thu trên thất	14	20,0

Nhận xét: Nhịp xoang bất thường (nhịp chậm xoang, nhịp xoang nhanh xoang, nhịp xoang không đều) chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó đến ngoại tâm thu trên thất, ngoại tâm thu thất và ít gặp nhất là nhanh nhĩ.

3.2. Đặc điểm rối loạn nhịp tim trên Holter điện tâm đồ 24 giờ

Bảng 3. Rối loạn nhịp trên thất

Các rối loạn nhịp tim	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn nhịp trên thất	42	60,0
Ngoại tâm thu trên thất	39	55,7
Cơ nhịp nhanh trên thất	4	5,7
Rung nhĩ	23	32,9

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có 60% bệnh nhân có rối loạn nhịp trên thất, 40% không có rối loạn nhịp trên thất. Trong các rối loạn nhịp trên thất, ngoại tâm thu trên thất chiếm tỷ lệ cao nhất sau đó đến rung nhĩ và cơ nhịp nhanh trên thất. Có một số bệnh nhân gặp cả 2 loại rối loạn nhịp trên thất trên Holter điện tâm đồ 24 giờ.

Bảng 4. Rối loạn nhịp thất theo phân độ của Lown

Phân độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ 0	17	24,3
Độ 1	19	27,1
Độ 2	14	20,0
Độ 3	4	5,7
Độ 4	16	22,9
Độ 5	0	0
Tổng	70	100

Nhận xét: 24,3% bệnh nhân không có rối loạn nhịp thất. 75,7% có rối loạn nhịp thất. Trong

đó, độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất sau đó đến độ 4, 2, 3 không gặp bệnh nhân có rối loạn nhịp độ 5.

3.3. Môi liên quan giữa một số rối loạn nhịp tim với nồng độ NT-proBNP huyết tương và LVEF

Bảng 5. Môi liên quan giữa rối loạn nhịp thất và trên thất với nồng độ NT-proBNP huyết tương

Rối loạn nhịp	NT-proBNP trung bình (pg/ml)	p
Trên thất	Có (n=42)	12082,79 ± 440,18
	Không (n=28)	9344,75 ± 252,97
Thất	Có (n=17)	12159,15 ± 456,28
	Không (n=53)	10271,10 ± 117,78

Nhận xét: Nồng độ NT-proBNP huyết tương ở nhóm có rối loạn nhịp trên thất cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có rối loạn nhịp trên thất. NT-proBNP ở nhóm có và không có rối loạn nhịp thất không có sự khác biệt.

Bảng 6. Môi liên quan giữa một số rối loạn nhịp trên thất với nồng độ NT-proBNP huyết tương

Rối loạn nhịp	Pro-BNP <500 pg/ml	Pro-BNP ≥500 pg/ml	p
Rối loạn nhịp trên thất (n=42)	17(40,5%)	25(59,5%)	<0,05
Ngoại tâm thu trên thất (n=39)	12(30,8%)	27(69,2%)	<0,05
Rung nhĩ (n=23)	9(39,1%)	14(60,9%)	

Nhận xét: Nhóm NT-proBNP huyết tương ≥ 500 pg/ml có tỷ lệ rối loạn nhịp trên thất nói chung và ngoại tâm thu trên thất cao hơn nhóm có NT-proBNP < 500 pg/ml. Nhóm có rung nhĩ số lượng ít nên chúng tôi không tiến hành so sánh.

Bảng 7. Môi liên quan giữa một số rối loạn nhịp trên thất với LVEF

Rối loạn nhịp	LVEF ≤35%	35% < LVEF < 50%	p
Rối loạn nhịp trên thất (n=42)	25(59,5%)	17(40,5%)	<0,05
Ngoại tâm thu trên thất (n=39)	21(53,8%)	18(46,2%)	<0,05
Rung nhĩ (n=23)	14(60,9%)	9(39,1%)	

Nhận xét: Nhóm LVEF ≤35% có tỷ lệ rối loạn nhịp trên thất nói chung và ngoại tâm thu trên thất cao hơn nhóm có 35% < LVEF < 50%. Nhóm có rung nhĩ số lượng ít nên chúng tôi không tiến hành so sánh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: 64,8 ± 14,4 năm, thấp nhất là 38 tuổi, cao nhất 85 tuổi. Nhóm bệnh nhân ≥ 70 tuổi chiếm