ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHỊP TIM TRÊN ĐIỆN TÂM ĐỒ 24 GIỜ Ở BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ VIỆN TIM TP.HCM

Trần Ngọc Mạnh[1,*], Nguyễn Tấn Dũng[1], Đỗ Đức Thịnh[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn nhịp tim thường có tính chất thoáng qua nên dễ bị bỏ sót trên điện tâm đồ (ECG) thường quy, đòi hỏi phải sử dụng ECG ghi liên tục (Holter ECG) để phát hiện. Tuy nhiên, dữ liệu hệ thống về đặc điểm RLNT ở bệnh nhân ngoại trú ổn định tại Việt Nam vẫn còn hạn chế. **Mục tiêu**: Xác định tỷ lệ các loại RLNT và mô tả các đặc điểm lâm sàng, bệnh nền liên quan trên Holter ECG 24 giờ. **Phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên các bệnh nhân ngoại trú ≥ 18 tuổi tại Viện Tim TP.HCM. Loại trừ: thời gian ghi < 20 giờ, đang dùng thuốc chống loạn nhịp. Số liệu được xử lý bằng SPSS 27 để tính toán tần suất và xác định yếu tố nguy cơ qua hồi quy đa biến. **Kết quả**: Trong tổng số 376 bệnh nhân tham gia, mệt mỏi là triệu chứng phổ biến nhất (54%), cao hơn so với hồi hộp (25%). Tỷ lệ ghi nhận RLNT nặng là 28,5% và RLNT nguy hiểm là 22,1%. Phân tích đa biến cho thấy suy tim (OR = 9,92) và ngoại tâm thu là các yếu tố nguy cơ độc lập chính đối với RLNT nguy hiểm. **Kết luận**: Gánh nặng RLNT ở bệnh nhân ngoại trú là đáng kể, với suy tim và ngoại tâm thu thất là các yếu tố dự báo quan trọng. Holter ECG đóng vai trò thiết yếu trong chẩn đoán sớm và phân tầng nguy cơ.

***Từ khóa**: Rối loạn nhịp tim; Holter ECG; mô hình tiên đoán; điện tim 24 giờ.*

ABSTRACT

CHARACTERISTICS OF CARDIAC ARRHYTHMIAS ON 24-HOUR HOLTER ECG IN OUTPATIENTS AT THE HEART INSTITUTE OF HO CHI MINH CITY

Background: Cardiac arrhythmias are frequently transient and missed by standard ECGs, necessitating Holter monitoring for detection. However, systematic data regarding arrhythmias in stable outpatients in Vietnam remain limited. **Objective**: To determine the prevalence of various cardiac arrhythmias and describe the clinical characteristics and underlying conditions on 24-hour Holter ECG. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on outpatients aged ≥ 18 years at the Heart Institute of Ho Chi Minh City. Patients with recording duration < 20 hours, recent anti-arrhythmic drug use were excluded. Data were analyzed using SPSS 27 to determine prevalence and identify independent risk factors via multivariate regression.**Results**: Among 376 patients included, fatigue was the most common symptom (54%), significantly exceeding palpitations (25%). Severe and dangerous arrhythmias were detected in 28.5% and 22.1% of patients, respectively. Multivariate analysis identified heart failure (OR = 9.92) and ventricular premature beats as major independent risk factors for dangerous arrhythmias. **Conclusion**: A significant burden of arrhythmias exists in stable outpatients, with heart failure and ventricular premature beats serving as key independent predictors. Holter ECG is vital for early diagnosis and risk stratification.

***Keywords**: Cardiac arrhythmias; Holter ECG; 24-hour ECG; predictive model.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp tim (RLNT) thường biểu hiện bằng hồi hộp, đánh trống ngực, choáng váng hoặc ngất; các RLNT này có nguy cơ gây đột quỵ, suy tim hoặc đột tử. Việc nhận diện sớm và chẩn đoán chính xác rất quan trọng cho tiên lượng và điều trị. Do tính thoáng qua, nhiều RLNT bị bỏ sót trên ECG 12 chuyển đạo, đặc biệt ở ngoại trú với triệu chứng rải rác. Holter ECG 24 giờ, đồng bộ với nhật ký triệu chứng, là công cụ thiết yếu để phát hiện RLNT [4-5, 7].

Theo các khuyến cáo quốc tế, ghi Holter ECG tập trung vào: bệnh nhân có triệu chứng gợi ý RLNT (hồi hộp, choáng váng, ngất) mà ECG thường không chẩn đoán; bệnh nhân có bệnh tim cấu trúc tăng nguy cơ RLNT (cơ tim phì đại, tim bẩm sinh phức tạp, bệnh mạch vành mạn); và định lượng gánh nặng RLNT để hỗ trợ điều trị [3-7].

Tại Việt Nam, Holter ECG phòng khám giúp tầm soát RLNT ở nhóm có triệu chứng nhẹ. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Sĩ ở phòng khám tổng quát ghi nhận RLNT đa dạng ở 74 bệnh nhân ổn định, hồi hộp chiếm 45,9%, ngoại tâm thu thất ≥10% 9,5%, rung nhĩ 14,9%, blốc nhĩ-thất độ 2-3 5,1%) [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Kha tại Chợ Rẫy cho thấy hồi hộp chiếm 35,4%, ngoại tâm thu thất dày 12,4%, nhịp nhanh thất 10,7% [1].

Dữ liệu mô tả hệ thống về RLNT ở bệnh nhân ngoại trú ổn định có triệu chứng gợi ý vẫn hạn chế. Cần thêm nghiên cứu tại các trung tâm tim mạch Việt Nam để xây dựng mô hình chẩn đoán thực tế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: (1) Xác định tỷ lệ các loại RLNT trên Holter ECG 24 giờ; (2) Tìm mối liên quan

[1] *Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Mạnh
Email: manh12121982@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.1.2026
Ngày phản biện khoa học: 10.2.2026
Ngày duyệt bài: 24.3.2026

giữa triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán ghi Holter ECG và bệnh nền liên quan đến RLNT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ≥18 tuổi, đang khám tại phòng khám ngoại trú của Viện Tim TP.HCM.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chỉ định ghi điện tâm đồ 24 giờ tại phòng khám.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Thời gian ghi Holter ECG < 20 giờ.

Bệnh nhân đang dùng thuốc chống loạn nhịp tim trong vòng 72 giờ, riêng Cordaron là 3 tháng.

Bệnh nhân nội trú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu

Tính theo công thức:

$n = Z^2 \times \frac{p \times (1-P)}{d^2}$, n ≥ 363 (bệnh nhân)

P: tỷ lệ RLNT ước tính. P = 38% theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Kha [1]

– Z: độ tin cậy được sử dụng là 95% tương ứng với Z = 1.96

– d: sai số cho phép, chọn mức ± 0,05

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Lấy thông tin lâm sàng, bệnh sử, kết quả Holter ECG từ hồ sơ bệnh án điện tử từ 3/3/2025 đến khi đủ số lượng bệnh nhân.

2.2.4. Xử lý số liệu:

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS statistic 27. Tính tần suất và tỷ lệ % cho các biến số định tính. Tính giá trị trung bình (hoặc trung vị) và độ lệch chuẩn (hoặc khoảng tứ vị) cho các biến số định lượng. So sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ dựa vào χ2 test hoặc Fisher exact test khi có tần suất < 5. So sánh sự khác biệt giữa các giá trị trung bình hoặc trung vị dựa vào T test hoặc U Mann - Whitney test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.2.5. Đạo đức nghiên cứu Nghiên cứu đã được Hội đồng chuyên môn, Hội đồng đạo đức Viện Tim TP.HCM thông qua theo quyết định số 1625/GCN-HĐĐĐ ngày 20 tháng 8 năm 2025.

III. KẾT QUẢ

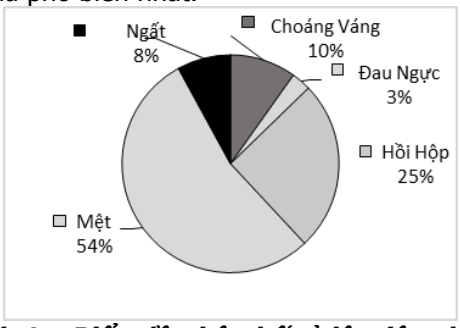
Từ 3/3/2025 đến 30/5/2025, thu thập 376 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh. Thời gian ghi điện tim trung bình là 23 giờ. Các RLNT nhẹ ghi nhận 80,1%. RLNT nặng (ngoại tâm thu thất ≥ 10%, blốc nhĩ thất (BAV) độ II Mobitz 2, rung nhĩ) 28,5%; RLNT nguy hiểm (BAV độ III, nhịp nhanh thất, vô tâm thu > 3 giây) 22,1%. Chi tiết kết quả được trình bày bên dưới.

3.1. Đặc điểm dân số chung của nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số

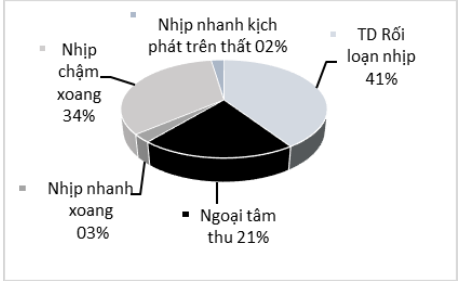
Yếu tố	Tỷ lệ (%) (n = 376)
Tuổi	51,5 ± 16
Nhóm tuổi	
< 40	27,6 (n = 98)
40-59	39,6 (n = 152)
60-79	29,7 (n = 114)
≥ 80	3,1 (n = 12)
Giới	
Nam	41,5 (n = 156)
Nữ	58,5 (n = 220)
BMI	22,3 (20,7 - 24,3)
Nơi cư trú	
Tp.HCM	22,1 (n = 83)
Tỉnh	77,9 (n = 293)
Bệnh lý nền	
Tăng huyết áp	33 (n = 124)
Đái tháo đường típ 2	5,6 (n = 21)
Suy tim	5,9 (n = 22)
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	7,7 (n = 29)
Rối loạn lipid máu	39,9 (n = 150)
Bệnh cơ tim phì đại	2,1 (n = 8)

Dân số nghiên cứu chủ yếu là nhóm tuổi trung niên, giới nữ và phần lớn đến từ các tỉnh. Về bệnh lý nền, Tăng huyết áp và Rối loạn lipid máu là phổ biến nhất.



Hình 1a. Biểu đồ phân bố tỷ lệ triệu chứng

Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là mệt, phản ánh tính không đặc hiệu của các chỉ định Holter ECG.



Hình 1b. Biểu đồ phân bố tỷ lệ chẩn đoán bệnh

Chẩn đoán ghi Holter ECG chủ yếu là nghi ngờ rối loạn nhịp.

3.2 Các dạng RLNT tim thu được

Bảng 2. Tỷ lệ các dạng RLNT

Phân loại	Dạng RLNT	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tổng (%)
RLNT chậm và blốc	Nhịp chậm xoang (50 - <60 l/ph)	28,5	107	26,1
	Nhịp chậm xoang (< 50 l/ph)	11,7	44	
	BAV II Mobitz 1	6,4	24	
	BAV II Mobitz 2	2,7	10	
	BAV III	3,5	13	
	Vô tâm thu >3 giây	1,3	5	
	Blốc xoang nhĩ độ 1, 2	0,5	2	
RLNT nhanh trên thất	Nhịp nhanh nhĩ	14,1	53	32,7
	Rung nhĩ	7,4	28	
	Ngoại tâm thu nhĩ (>1%)	7,7	29	
	Nhịp nhanh xoang	1,1	4	
	Nhịp nhanh trên thất (chưa phân loại)	1,1	4	
	Hội chứng nhịp nhanh nhịp chậm	1,3	5	
RLNT thất	Ngoại tâm thu thất nặng (≥10%)	18,4	69	43,4
	Ngoại tâm thu thất (1 - < 10%)	7,7	29	
	Nhịp nhanh thất (Không kéo dài)	16,5	62	
	Nhịp nhanh thất (Kéo dài)	0,8	3	

RLNT chậm chiếm ưu thế, phổ biến nhất là nhịp chậm xoang. Ngoại tâm thu thất nặng và nhịp nhanh nhĩ là hai dạng có tần suất cao.

Bảng 3. Tỷ lệ các dạng RLN nặng và nguy hiểm

RLNT nặng (%)	Rung nhĩ		7,4 (n = 28)	28,5
	Ngoại tâm thu thất nặng (≥ 10%)		18,4 (n = 69)	
	BAV II Mobitz 2		2,7 (n = 10)	
RLNT nguy hiểm (%)	BAV III		3,5 (n = 13)	22,1
	Vô tâm thu >3 giây		1,3 (n = 5)	
	Nhịp nhanh thất	Không kéo dài	16,5 (n = 62)	
		Kéo dài	0,8 (n = 3)	

Tỷ lệ RLNT có nguy cơ biến cố dài hạn và RLNT nguy hiểm là đáng kể. Gánh nặng RLNT nặng chủ yếu là ngoại tâm thu thất nặng, trong khi RLNT nguy hiểm chủ yếu là nhịp nhanh thất không kéo dài.

3.3 Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm bệnh và loạn nhịp nặng/nguy hiểm

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm chung và RLNT

Yếu tố		RLNT nặng		p	RLNT nguy hiểm		p
		không n = 270	có n = 106		không n = 296	có n = 80	
Tuổi	< 40	67	31	0,55	77	21	0,73
	40-59	112	40		118	34	
	60-79	81	33		90	24	
	≥ 80	10	2		11	1	
Giới tính	Nam	129	27	**<**	136	20	**<**
	Nữ	141	79	**0,001**	160	60	**0,001**
	OR	KTC 95%			OR	KTC 95%	
Tuổi	0,99	0,98 - 1,01		0,39	0,99	0,98 - 1,01	0,45
BMI	1,12	1,0 - 1,21		**0,004**	1,12	1,03 - 1,22	**0,007**

Giới tính nữ và BMI có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhóm RLNT nguy hiểm (p < 0,05).

3.4 Phân tích đơn biến tìm mối liên quan giữa các yếu và RLNT

Bảng 5. Liên quan giữa bệnh nền và RLNT

		RLNT nặng		p	RLNT nguy hiểm		p
		không n = 270	có n = 106		không	có	
Tăng huyết áp (%)	không	72,6	27,4	0,62	78,6	21,4	0,92
	có	70,2	29,8		79	21	
Đái tháo đường (%)	không	71,8	28,2	0,97	79,2	20,8	0,41
	có	71,4	28,6		71,4	28,6	
Suy tim (%)	không	72,8	27,2	0,16	80,7	19,3	**<**
	có	59,1	40,9		45,5	54,5	**0,001**
Bệnh tim thiếu máu cục bộ (%)	không	71,2	28,8	0,35	78,4	21,6	0,58
	có	79,3	20,7		82,8	11,2	
Rối loạn lipid máu (%)	không	69,9	30,1	0,31	77	23	0,31
	có	74,7	25,3		81,3	18,7	
Bệnh cơ tim phì đại (%)	không	71,4	28,6	0,31	79,3	20,7	0,045
	có	85,5	12,5		50	50	

Bệnh nền suy tim có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhóm RLNT nguy hiểm (p < 0,001).

Bảng 6. Liên quan giữa chẩn đoán và RLNT

		RLNT nặng		p	RLNT nguy hiểm		p
		không n = 270	có n = 106		không n = 296	có n = 80	
TD RLNT (%)	không	72,8	27,2	0,61	78,6	21,4	0,93
	có	70,4	29,6		78,9	21,1	
Ngoại tâm thu (%)	không	80,6	19,4	***< 0,001***	85,3	14,7	***< 0,001***
	có	37,7	62,3		13,9	45	
Nhịp chậm xoang (%)	không	61,8	38,2	***< 0,001***	71,9	28,1	***< 0,001***
	có	91,3	8,7		92,1	7,9	
Nhịp nhanh kịch phát trên thất (%)	không	71,1	28,9	0,45	78,5	21,5	0,45
	có	100	0		88,9	11,1	
Nhịp nhanh xoang (%)	không	71,6	28,4	0,37	78,4	21,6	0,70
	có	80	20		90	10	

Ngoại tâm thu và nhịp chậm xoang là hai chẩn đoán có liên quan có ý nghĩa thống kê với cả hai RLNT nặng và nguy hiểm (p < 0,001).

Bảng 7. Liên quan giữa triệu chứng và RLNT

		RLNT nặng		p	RLNT nguy hiểm		p
		không n = 270	**có n = 106**		**không n = 296**	**có n = 80**	
Mệt (%)	không	65,3	34,7	***0,01***	76,3	23,7	0,29
	có	77,3	22,7		80,8	19,2	
Hồi hộp (%)	không	79,4	20,6	***< 0,001***	81,9	18,1	***0,01***
	có	49,5	50,5		69,5	30,5	
Choáng váng (%)	không	71,1	28,9	0,35	79,1	20,9	0,63
	có	78,4	21,6		75,7	24,3	
Ngất (%)	không	70,2	29,8	***0,021***	77,5	22,5	**0,04**
	có	90	10		93,3	6,7	
Đau ngực (%)	không	71,2	28,8	0,15	96,6	98,7	0,47
	có	90,9	9,1		3,4	1,3	

Mệt, hồi hộp và ngất là các triệu chứng có liên quan có ý nghĩa với RLNT nặng. Trong khi chỉ có hồi hộp liên quan có ý nghĩa với RLNT nguy hiểm (p < 0,05).

3.5. Phân tích đa biến tìm mối liên quan giữa các yếu và RLNT

Bảng 8. Liên quan giữa các yếu tố và RLNT nặng

	Tỷ số chênh (OR)	KTC 95%	p
Tuổi	0,99	0,98 - 1,01	0,61
BMI	1,08	0,99 - 1,18	0,05
Giới tính	0,43	0,24 - 0,76	**0,004**
Suy tim	1,63	0,59 - 4,51	0,35
Ngoại tâm thu	2,81	1,48 - 5,33	**0,002**
Nhịp chậm xoang	0,27	0,12 - 0,58	**0,001**
Hồi hộp	1,62	0,58 - 4,58	0,36
Mệt	0,823	0,32 - 2,17	0,70
Ngất	0,23	0,05 - 1,07	0,06
Đau ngực	0,35	0,04 - 3,49	0,37

Giới tính nam và chẩn đoán nhịp chậm xoang là yếu tố bảo vệ độc lập. Chẩn đoán ngoại tâm thu là yếu tố nguy cơ độc lập duy nhất với RLNT nặng.

Bảng 9. Liên quan giữa các yếu tố và RLNT nguy hiểm

	Tỷ số chênh (OR)	KTC 95%	p
Tuổi	1,00	0,98 - 1,01	0,62
BMI	1,08	0,99 - 1,17	0,08
Giới tính	0,45	0,24 - 0,84	**0,01**
Suy tim	9,92	3,11 - 31,70	**< 0,001**
BCT phì đại	4,38	0,95 - 20,21	0,06
Hồi hộp	1,08	0,58 - 2,03	0,81
Ngoại tâm thu	3,74	1,90 - 7,36	**< 0,001**
Nhịp chậm xoang	0,50	0,22 - 1,14	0,10
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	0,406	0,103 - 1,60	0,2

Suy tim là yếu tố nguy cơ độc lập mạnh nhất. Chẩn đoán ngoại tâm thu và giới tính nữ cũng là các yếu tố nguy cơ độc lập với RLNT nguy hiểm.

3.6. Mô hình tiên đoán

Bảng 10. Mô hình điểm-xác suất mắc RLNT

	Hệ số B	Điểm tính	Tổng điểm	Xác suất mắc loạn nhịp nặng/nguy hiểm
Loạn nhịp nặng				
Giới tính (nữ = 0, nam = 1)	- 0,848	-1	-2	4,4%
Ngoại tâm thu	1,032	+1	-1	18%
Nhịp chậm xoang	-1,319	-1	0	33,6%
			+1	67,2%
AUC	Điểm cắt	Độ nhạy		Độ đặc hiệu
0,75	0	75		60
Loạn nhịp nguy hiểm				
Giới tính (nữ = 0, nam = 1)	-0,808	-1	-1	9,3%
Suy tim	2,295	+2	0	16,8%
Ngoại tâm thu	1,319	+1	+1	44,6%
			+2	76,9%
			+3	100%
AUC	Điểm cắt	Độ nhạy		Độ đặc hiệu
0,72	0	97,2%		24,1%
	1	36,8%		93%

Mô hình tiên đoán cho thấy khả năng phân biệt ở mức khá (AUC của RLNT nặng = 0,75; AUC của RLNT nguy hiểm = 0,72). Mô hình RLNT nguy hiểm có điểm số cao nhất cho suy tim, và tại điểm cắt phù hợp, mô hình đạt độ đặc hiệu rất cao (93%), cho thấy khả năng loại trừ nhóm nguy cơ thấp là tốt.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 51,5 ± 16 tuổi, nữ giới chiếm ưu thế (58,5%) trẻ hơn dân số của Nguyễn Minh Kha và khác về tỷ lệ giới. Kết quả này chứng tỏ hiệu quả sàng lọc của bệnh viện, giúp phát hiện RLNT sớm ở nhóm trung niên và trẻ, nữ chiếm nhiều hơn vì có liên quan đến các triệu chứng không đặc hiệu.

Về triệu chứng, mệt mỏi phổ biến nhất (54%), vượt trội hơn hồi hộp (25%) và ngất (8%). Điều này trái ngược với kết quả của Nguyễn Văn Sĩ và Nguyễn Minh Kha, nơi hồi hộp chiếm ưu thế [1-2]. Sự khác biệt này có thể phản ánh thiên lệch mẫu giữa tuyến chuyên khoa và tổng quát, cũng như kinh nghiệm sàng lọc lâm sàng đối với các triệu chứng không đặc hiệu không giải thích được.

Về gánh nặng loạn nhịp, tỷ lệ RLNT nặng 28,5% và nguy hiểm 22,1% là cảnh báo cao ở ngoại trú, cao gấp nhiều lần quần thể khỏe mạnh hoặc phòng khám đa khoa. Ngoại tâm thu thất ≥10% đạt 18,4%, cao hơn so với hai tác giả trong nước, khẳng định tính chuyên biệt của mẫu.

Phân tích đơn biến các yếu tố như bệnh nền là suy tim, triệu chứng mệt, hồi hộp, ngất là những yếu tố có liên quan đến rối loạn nhịp tim, phù hợp với y văn cho thấy gắn Holter ECG cho những đặc điểm này là cần thiết. Tuy nhiên, trong phân tích đa biến, với RLNT nặng hoặc nguy hiểm hầu như các triệu chứng đến khám đều không có mối liên quan; chỉ có bệnh nền là suy tim hoặc ECG 12 chuyển đạo có biểu hiện nhịp chậm xoang, ngoại tâm thu thì có liên quan mạnh ($p < 0,01$). Điều này khẳng định vai trò ECG thường quy và khám lâm sàng giúp ra quyết định và lên kế hoạch điều trị cho người bệnh tốt hơn.

Giá trị thực tiễn là mô hình tiên đoán dựa trên các yếu tố độc lập (AUC=0,72 cho RLNT nguy hiểm), cung cấp công cụ khách quan hóa quyết định, định lượng nguy cơ, tối ưu nguồn lực y tế, ưu tiên Holter cho nhóm nguy cơ cao, cải thiện sàng lọc và quản lý cá thể hóa, đóng góp cho y học Việt Nam bằng chứng ở bệnh viện chuyên tim.

Hạn chế: Thiết kế cắt ngang chỉ xác lập mối tương quan, không khẳng định quan hệ nhân quả; tính khái quát hóa hạn chế do đơn trung tâm. Kiến nghị: cần thiết kế thuần tập đa trung tâm để theo dõi dài hạn, đánh giá tác động RLNT trên Holter đối với nhóm bệnh nhân ngoại trú.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy gánh nặng đáng kể của RLNT trên Holter ECG 24 giờ ở bệnh nhân ngoại

trú ổn định tại Viện Tim TP.HCM. Phân tích đa biến nhấn mạnh ngoại tâm thu và suy tim là các yếu tố nguy cơ độc lập chính cho RLNT nặng và nguy hiểm, hỗ trợ mô hình tiên đoán để phân tầng nguy cơ và tối ưu hóa chỉ định Holter. Holter ECG đóng vai trò thiết yếu chẩn đoán sớm và phân tầng nguy cơ, đặc biệt ở bệnh nhân có triệu chứng không đặc hiệu mà không giải thích được và bệnh tim nền, nhằm giảm biến cố tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Minh Khoa, Trần Nguyễn Phương Hải, Trần Đại Cường, Trần Hữu Chinh, Võ Phương Quỳnh Trà My, Trần Thị Kim Xuân, Hoàng Văn Sỹ.** Biến đổi nhịp tim và đặc điểm rối loạn nhịp trên holter điện tâm đồ 24 giờ ở bệnh nhân Việt Nam có bệnh lý tim mạch. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;513. doi.org/10.51298/vmj.v513i1.2355
2. **Nguyễn Văn Sĩ, Lê Văn Minh, Nguyễn Quang Cảnh.** Đặc điểm holter điện tâm đồ 24 giờ tại phòng khám tổng quát. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;548(3). doi.org/10.51298/vmj.v548i3.13719
3. **Brignole M, Moya A, De Lange FJ, Deharo J-C, Elliott PM, Fanciulli A, et al.** 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. 2018;76(8):1119-98.
4. **Kusumoto FM SM, Barrett C, et al.** ACC/AHA/HRS Guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay. Circulation. 2019;140(8):e382-e482. doi:10.1161/CIR.0000000000000628.
5. **Steinberg JS, Varma N, Cygankiewicz I, Aziz P, Balsam P, Baranchuk A, et al.** 2017 ISHNE-HRS expert consensus statement on ambulatory ECG and external cardiac monitoring/telemetry. 2017;14(7):e55-e96.
6. **Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HJGM, et al.** 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). European Heart Journal. 2024;45(36):3314-414.
7. **Zeppenfeld K, Tfelt-Hansen J, De Riva M, Winkel BG, Behr ER, Blom NA, et al.** 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: Developed by the task force for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC). 2022;43(40):3997-4126.

ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ CẮT POLYP KHÔNG CUỐNG Ở ĐẠI TRỰC TRÀNG ≥20 MM QUA NỘI SOI

Nguyễn Thanh Liêm[1], Lê Thị Thúy Loan[1]*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cắt polyp không cuống có kích thước lớn ở đại trực tràng qua nội soi có nguy cơ chảy máu cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt polyp không cuống kích thước ≥20 mm ở đại trực tràng qua nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 31 bệnh nhân có 35 polyp không cuống ≥20 mm ở đại tràng và trực tràng. Tất polyp không cuống ở đại trực tràng được cắt bằng kỹ thuật cắt niêm mạc nội soi (EMR) hoặc cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) kết hợp với kẹp clip khép diện cắt. Lấy polyp làm giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Bệnh nhân có 1 polyp chiếm tỷ lệ cao nhất là 87,1%. Vị trí polyp ở đại tràng nhiều hơn trực tràng. Polyp tân sinh chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 77,1%, kế đến là polyp không tân sinh chiếm 14,3%. Có 3 polyp ung thư chiếm tỷ lệ 8,6%. Có 26 polyp (74,3%) được cắt bằng kỹ thuật EMR và 9 polyp (25,7%) bằng kỹ thuật ESD. Tỷ lệ cắt polyp thành công là 97,1% (34/35), Có 1 polyp cắt bằng kỹ thuật ESD thất bại chiếm tỷ lệ 2,9%. 34 polyp được kẹp clip khép diện cắt sau cắt EMR hoặc ESD thành công 100%. 100% bệnh nhân không có biến chứng, tai biến trong vòng 30 ngày sau thủ thuật. **Kết luân:** Polyp không cuống ≥20 mm ở đại trực tràng có tỷ lệ ung thư cao. Điều trị polyp không cuống ≥20 mm ở đại trực tràng bằng kỹ thuật cắt EMR hoặc ESD kết hợp với kẹp clip khép diện cắt có hiệu quả cao phòng ngừa biến chứng chậm.

Từ khóa: *polyp không cuống đại trực tràng, EMR, ESD, kẹp clip phòng ngừa.*

[1] *Trường Đại học Y dược Cần Thơ*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thúy Loan
Email: lttloan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.1.2026
Ngày phản biện khoa học: 11.2.2026
Ngày duyệt bài: 25.3.2026

ABSTRACT

ENDOSCOPIC FEATURES, HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS, AND OUTCOMES OF ENDOSCOPIC