

Nhóm bệnh nhân có kích thước tử cung trên lâm sàng to bằng tử cung có thai 8-12 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 86,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Farris M, Bastianelli C, Rosato E, Brosens I, Benagiano G.** Uterine fibroids: an update on current and emerging medical treatment options. *Ther Clin Risk Manag.* 2019;15:157-178. doi:10.2147/TCRM.S147318
2. **Advincula AP.** Surgical techniques: robot-assisted laparoscopic hysterectomy with the da Vinci surgical system. *Int J Med Robot Comput Assist Surg MRCAS.* 2006;2(4):305-311. doi:10.1002/rcs.111
3. **Bogges JF, Gehrig PA, Cantrell L, et al.** A comparative study of 3 surgical methods for hysterectomy with staging for endometrial cancer: robotic assistance, laparoscopy, laparotomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(4):360.e1-9. doi:10.1016/j.ajog.2008.08.012
4. **Nguyễn Bá Mỹ Nhi.** Áp dụng cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Từ Dũ. *Tạp Chí Phụ Sản Số 2.* Published online 2001:29-32.
5. **Claerhout F, Deprest J.** Laparoscopic hysterectomy for benign diseases. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005;19(3):357-375. doi:10.1016/j.bpobgyn.2005.01.009
6. **Hysteroscopy:** Practice Essentials, Background, History of the Procedure. Published online July 27, 2021. Accessed May 3, 2022. <https://emedicine.medscape.com/article/267021-overview#a6>
7. **Puntambekar SP, Patil AM, Rayate NV, Puntambekar SS, Sathe RM, Kulkarni MA.** A Novel Technique of Uterine Manipulation in Laparoscopic Pelvic Oncosurgical Procedures: "The Uterine Hitch Technique." *Minim Invasive Surg.* 2010;2010:836027. doi:10.1155/2010/836027
8. **Reich H, DeCAPRIO J, McGLYNN F.** Laparoscopic Hysterectomy. *J Gynecol Surg.* 1989;5(2):213-216. doi:10.1089/gyn.1989.5.213
9. **Spies JB, Cooper JM, Worthington-Kirsch R, Lipman JC, Mills BB, Benenati JF.** Outcome of uterine embolization and hysterectomy for leiomyomas: results of a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(1):22-31. doi:10.1016/j.ajog.2004.03.037

TẦN SỐ TIM Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH MẠN

Hà Anh Kiệt*, Trần Kim Trang*

TÓM TẮT

Vấn đề: Tần số tim là một trong những yếu tố quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh mạch vành, nói chung và hội chứng vành mạn (HCVM), nói riêng. **Mục tiêu:** Khảo sát tần số tim ở bệnh nhân HCVM điều trị ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 150 bệnh nhân HCVM tại Khoa phòng khám, phòng khám tim Bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (ĐHYD TP.HCM), cơ sở 1 từ tháng 3-5/2022. **Kết quả:** Tần số tim trung bình là $73,9 \pm 12,4$ lần/phút. 13,3% bệnh nhân đạt tần số tim mục tiêu từ 55-60 lần/phút. Tỷ lệ bệnh nhân có tần số tim ≤ 60 , 61-69, ≥ 70 lần/phút lần lượt là 15,3%, 23,3% và 61,3%. Bệnh nhân có tần số tim ≥ 70 lần/phút thường có đau thắt ngực, tỷ lệ rung nhĩ cao hơn và tỷ lệ sử dụng chẹn beta thấp hơn. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân HCVM đạt tần số tim mục tiêu theo khuyến cáo của AHA 2012 và ESC 2019 còn rất thấp.

Từ khóa: Tần số tim, hội chứng vành mạn

SUMMARY

HEART RATE IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY SYNDROME

*Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh
 Chịu trách nhiệm chính: Hà Anh Kiệt
 Email: hakiet777@gmail.com
 Ngày nhận bài: 25.4.2022
 Ngày phản biện khoa học: 15.6.2022
 Ngày duyệt bài: 21.6.2022

Problem: Heart rate is one of the important factors in treatment and prognosis of coronary artery disease, in general and chronic coronary syndrome, in particular. **Objective:** To survey the heart rate in outpatients with chronic coronary syndrome. **Subjects and research methods:** A descriptive cross-sectional study was performed on 150 patients with chronic coronary syndrome at Outpatient Department, Cardiology Clinic, University Medical Center Ho Chi Minh city, campus 1, from March to May 2022. **Results:** The mean heart rate was 73.9 ± 12.4 bpm (beats per minute). 13.3% of patients reached the target heart rate within 55-60 bpm. The prevalence of patients with heart rate ≤ 60 , 61-69, ≥ 70 bpm was 15.3%, 23.3% and 61.3%, respectively. Patients with heart rate ≥ 70 bpm had more angina pectoris, more incidence of atrial fibrillation and lower rate of beta-blocker use. **Conclusion:** The rate of patient with chronic coronary syndrome reaching target heart rate as recommendation of AHA 2012 and ESC 2019 was still very low.

Keywords: Heart rate, chronic coronary syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Tần số tim được coi là một yếu tố tiên lượng ở người có bệnh động mạch vành, tương quan với những nguy cơ biến cố mạch vành trong tương lai. Hướng dẫn của Hội Tim Hoa Kỳ năm 2012 về chẩn đoán và điều trị bệnh tim thiếu máu cục bộ ổn định và Hội Tim châu Âu

năm 2019 về chẩn đoán và quản lý hội chứng vành mạn khuyến cáo tần số tim lúc nghỉ từ 55 đến 60 lần/phút để phòng ngừa thiếu máu cục bộ cơ tim và đạt được các lợi ích về mặt tiên lượng. Với mong muốn đánh giá tần số tim cho đến hiện tại trên nhóm bệnh nhân này có tiệm cận theo các khuyến cáo hay không nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Khảo sát tần số tim ở bệnh nhân (BN) hội chứng vành mạn điều trị ngoại trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: BN từ 18 tuổi trở lên đã được chẩn đoán HCVM và được điều trị ≥ 1 tháng, đến khám tại Bệnh viện ĐHYD TP.HCM

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- + BN từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán HCVM theo Hội Tim châu Âu năm 2019.
- + Có tiền căn bệnh mạch vành đã được chẩn đoán
- + Tiền căn tái thông mạch vành trên 3 tháng
- + Tiền căn hội chứng vành cấp trên 3 tháng
- + Chụp mạch vành có bằng chứng hẹp ít nhất 50% các nhánh mạch vành chính

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Đang có các bệnh cấp tính như: Hội chứng vành cấp, Cơ hen phế quản cấp, Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Đợt mất bù cấp của suy tim mạn.
- + Tiền căn hoặc đang điều trị cường giáp hoặc suy giáp
- + Được chẩn đoán hội chứng suy nút xoang, block nhĩ thất cao độ, có đặt máy tạo nhịp.
- + Nhập viện trong vòng 3 tháng qua
- + Thai phụ
- + BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích

- **Địa điểm:** Khoa phòng khám, phòng khám tim Bệnh viện ĐHYD TP.HCM, cơ sở 1

- **Cỡ mẫu:** 150 BN được chẩn đoán Hội chứng vành mạn

- Phương pháp thu thập số liệu

BN được hỏi bệnh sử và khám lâm sàng, phỏng vấn theo bảng thu thập số liệu. Ghi nhận chẩn đoán và thuốc điều trị dựa vào toa thuốc cũ trong 1 tháng qua. Ghi nhận các kết quả xét nghiệm máu trong 6 tháng qua: glucose, HbA1c, bilan lipid, hemoglobin. Tần số tim được ghi nhận bằng cách đo điện tim đồ sau khi BN nghỉ ngơi tại chỗ ≥ 15 phút.

Tần số tim được tính bằng cách:

+ Đối với nhịp đều: 1500/số ô nhỏ trung bình của 5 đoạn QRS liên tiếp trên 1 chuyển đạo.

+ Đối với nhịp không đều: số phức bộ QRS trong 6 giây (30 ô lớn) x 10

2.3 Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm Stata 13.0. Các biến định lượng được kiểm định phân phối chuẩn. Nếu phân phối chuẩn sẽ được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Nếu không phân phối chuẩn sẽ được trình bày dưới dạng trung vị và tứ phân vị. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

So sánh giữa hai biến định lượng có phân phối chuẩn bằng phép kiểm T-Test; giữa hai biến định lượng có phân phối không chuẩn bằng phép kiểm Mann-Whitney-Wilcoxon. So sánh 2 biến danh định bằng phép kiểm chi bình phương. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.4 Ý đức: đã thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của ĐHYD TP.HCM

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 150 BN HCVM đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu từ tháng 3/2022 đến 5/2022

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số n (%)
Tuổi (Trung bình \pm độ lệch chuẩn)	67,7 \pm 11
Giới: Nam	78 (52)
Nữ	72 (48)
Yếu tố nguy cơ tim mạch	
Hiện còn hút thuốc lá	19 (12,7)
Đã bỏ hút thuốc lá	57 (38)
Thừa cân-béo phì	81 (54)
Tăng huyết áp	128(85,9)
Rối loạn lipid máu	115(76,7)
Đái tháo đường	69 (46)
Bệnh lý tim mạch	
Suy tim	28 (18,7)
Nhồi máu cơ tim	52 (34,7)
Can thiệp mạch vành qua da	73 (48,7)
Đột quy	21 (14)
Rung nhĩ	11 (7,3)
Bệnh động mạch ngoại biên	1 (0,7)
Bệnh lý khác đi kèm	
Hen/COPD	10 (6,7)
Bệnh thận mạn	36 (24)
Thiếu máu	25 (16,7)
Có đau thắt ngực điển hình	39 (26)
Các loại thuốc chính trong điều trị HCVM	
Statin	143(95,3)
Kháng kết tập tiểu cầu	137(91,3)

Ước chế men chuyển/Ước chế thụ thể	127(84,7)
Chẹn beta	107(71,3)
Nitrate/Nicorandil	33 (22)
Trimetazidine	16 (10,7)
Ivabradine	10 (6,7)

Chẹn kênh canxi non-dihydropyridine	3 (2)
Digoxin	1 (0,7)

Tuổi trung bình của nam thấp hơn của nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (nam: 65,2 ± 11 tuổi, nữ : 70,5 ± 10,6, p = 0,003).

Bảng 2. Tần số tim trung bình theo một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị

Đặc điểm		Tần số tim trung bình (TB±ĐLC)	p phép kiểm t
Đau thắt ngực	Có (n=39)	82,4 ± 13,5	p < 0,0001
	Không (n=111)	70,9 ± 10,6	
Can thiệp mạch vành qua da	Có (n=73)	72,3 ± 10,8	p = 0,1134
	Không (n=77)	75,5 ± 13,7	
COPD/Hen	Có (n=10)	76,7 ± 10,8	p = 0,4795
	Không (n=140)	73,8 ± 12,6	
Rung nhĩ	Có (n=11)	85,5 ± 12,1	p = 0,0012
	Không (n=139)	73,1 ± 12	
Suy tim	Có (n=28)	76,6 ± 14,7	p = 0,2222
	Không (n=122)	73,4 ± 11,9	
Thiếu máu	Có (n=125)	74,2 ± 12,3	p = 0,61
	Không (n=25)	72,8 ± 13,6	
Dùng thuốc chẹn beta	Có (n=107)	71,5 ± 11,5	p = 0,0001
	Không (n=43)	80,2 ± 12,6	

Tần số tim trung bình trong nghiên cứu này là 73,9 ± 12,4 lần/phút, cao nhất là 110 lần/phút, thấp nhất là 51 lần/phút. Bảng 2 cho thấy tần số tim trung bình ở nhóm có đau thắt ngực và nhóm có rung nhĩ cao hơn nhóm không đau thắt ngực và nhóm không rung nhĩ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ngược lại, tần số tim trung bình ở nhóm có sử dụng thuốc chẹn beta thấp hơn nhóm không sử dụng thuốc chẹn beta, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Các nhóm tần số tim

Nhóm tần số tim (lần/phút)	Số bệnh nhân n (%)	Số bệnh nhân có sử dụng chẹn beta n (%)
Nhóm <55	3 (2)	3 (100)
Nhóm 55-60 (tần số tim mục tiêu)	20 (13,3)	16 (80)
Nhóm 61-69	35 (23,3)	31 (88,6)
Nhóm ≥70	92 (61,3)	57 (61,9)

Bảng 4. Đặc điểm dân số theo nhóm tần số tim

Đặc điểm	Tần số tim (lần/phút)	Tần số tim (lần/phút)			P (+)
		≤ 60 (n=23)	61-69 (n=35)	≥ 70 (n=92)	
Tuổi: trung bình ± độ lệch chuẩn		71,6±11,3	67,9±11,1	66,7±10,9	0,1643
Giới: Nữ	n (%)	8 (34,8)	12 (34,3)	52 (56,5)	0,031
Chỉ số khối cơ thể		22,8±2,9	24,1±3	24±3,2	0,2202
Tiền sử nhồi máu cơ tim	n (%)	9 (39,1)	12 (34,3)	31 (33,7)	0,886
Đái tháo đường	n (%)	6 (26,1)	19 (54,3)	44 (47,8)	0,092
Rối loạn lipid máu	n (%)	16 (69,6)	29 (82,9)	70 (76,1)	0,493
Suy tim	n (%)	3 (12)	7 (20)	18 (19,6)	0,752
Đột quy	n (%)	5 (21,7)	3 (8,6)	13 (13,1)	0,392
Tăng huyết áp	n (%)	19 (82,6)	31 (88,6)	78 (85,7)	0,813
Bệnh thận mạn	n (%)	7 (30,4)	5 (14,3)	24 (26,1)	0,279
Rung nhĩ	n (%)	0 (0)	0 (0)	11 (11,9)	0,018
Đau thắt ngực	n (%)	3 (13)	5 (14,3)	31 (33,7)	0,026
Ước chế men chuyển/Ước chế thụ thể	n (%)	19 (82,6)	30 (85,7)	78 (84,8)	0,949
Kháng kết tập tiểu cầu	n (%)	22 (95,7)	33 (94,3)	82 (89,1)	0,474
Chẹn beta	n (%)	19 (82,6)	31 (88,6)	57 (61,9)	0,005

Ivabradine	n (%)	0 (0)	2 (5,71)	8 (8,7)	0,414
Chẹn kênh calci dihydropyridine	n (%)	7 (30,4)	8 (22,9)	27 (29,4)	0,737
Nitrate	n (%)	6 (26,1)	1 (2,9)	19 (20,7)	0,029
Statin	n (%)	22 (95,7)	35 (100)	86 (93,5)	0,297
Lợi tiểu	n (%)	5 (21,7)	10 (28,6)	28 (30,4)	0,712

(+) Phép kiểm chi bình phương, fisher

Bảng 4 cho thấy nhóm BN có tần số tim ≥ 70 lần/phút: thường gặp ở nữ giới, có triệu chứng đau thắt ngực nhiều hơn, có tỷ lệ rung nhĩ cao hơn, tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta thấp hơn và tỷ lệ sử dụng nitrate cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Liều lượng trung bình của thuốc chẹn beta

Tên thuốc	Liều lượng trung bình \pm độ lệch chuẩn (mg/ngày)
Carvedilol	7,4 \pm 2,9
Bisoprolol	3,6 \pm 2,2
Metoprolol	39,3 \pm 21,9
Nebivolol	4,4 \pm 1,1

Liều lượng thuốc chẹn beta được sử dụng trong nghiên cứu còn thấp hơn so với khuyến cáo.

IV. BÀN LUẬN

Tần số tim trong dân số nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần số tim trung bình ghi nhận trên bệnh nhân HCVM là 73,9 \pm 12,4 lần/phút, cao hơn so với nghiên cứu CLARIFY^{6,8} (67,2 \pm 11,4 lần/phút), nghiên cứu của Marco Antonio Alcocer-Gamba và cộng sự⁴ (CS) (68,1 \pm 10,78 lần/phút), nghiên cứu của Eftihia Sbarouni và CS⁵ (67,6 \pm 10,9 lần/phút), nghiên cứu của Janina Stepinska và CS⁷ (68,2 \pm 10,6 lần/phút), thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Nhật Quỳnh³ (78,6 \pm 16,8 lần/phút). Sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu CLARIFY có tỷ lệ sử dụng các thuốc kiểm soát tần số tim nhiều hơn, chẹn beta là 75%, ivabradine 9,8%, non-DHP 5,8%, digoxin 2,5%. Liều trung bình mỗi ngày của thuốc chẹn beta sử dụng cao hơn so với chúng tôi (carvedilol 22,71 \pm 15,92 mg; metoprolol succinate 70,85 \pm 44,56 mg; bisoprolol 4,92 \pm 2,96 mg; nebivolol 4,68 \pm 1,83 mg). Ngoài ra, tỷ lệ BN được can thiệp mạch vành qua da (58,7%) và phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (23,4%) trong nghiên cứu CLARIFY nhiều hơn so với chúng tôi. Việc can thiệp mạch vành giúp tái tưới máu cơ tim được tốt hơn, giảm đau thắt ngực làm tăng khả năng gắng sức, giúp giảm tần số tim. Tương tự, trong nghiên cứu của tác giả Eftihia Sbarouni và Janina Stepinska, tỷ lệ sử dụng các thuốc kiểm

soát tần số tim cũng nhiều hơn, trong đó tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta lần lượt là 74,2% và 89,9%. Tỷ lệ can thiệp mạch vành qua da của 2 nghiên cứu lần lượt là 54,6% và 60,6% và tỷ lệ phẫu thuật bắc cầu động mạch vành lần lượt là 30,8 % và 25,7%, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của tác giả Janina Stepinska và CS, tuy tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta (63,3%), ivabradine (2,31%) thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, nhưng tỷ lệ sử dụng thuốc nonDHP (6,11%), digoxin (7,08%) cao hơn. Bên cạnh đó, tỷ lệ BN được can thiệp mạch vành qua da (69,8%) và phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (15,9%) cao hơn. Đồng thời, tỷ lệ BN có rung nhĩ (2,91%) trong nghiên cứu thấp hơn so với chúng tôi. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Nhật Quỳnh, tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta (50,9%), tỷ lệ BN được can thiệp mạch vành qua da (17,2%), liều trung bình mỗi ngày của thuốc chẹn beta (metoprolol 45,8 \pm 10,2 mg; bisoprolol 2,6 \pm 1,4 mg) đều thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra, dân số chọn mẫu trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Nhật Quỳnh là bệnh điều trị nội trú, chưa ổn định hoàn toàn và chọn cả bệnh HCVM mới được chẩn đoán vào nghiên cứu nên tần số tim có thể cao hơn. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi, dân số chọn mẫu là bệnh ngoại trú ổn định, không nhập viện trong vòng 3 tháng gần đây, HCVM đã được chẩn đoán và điều trị > 1 tháng, nên tần số tim thấp hơn.

Phân tích dưới nhóm, nhóm BN có tần số tim ≥ 70 lần/phút gặp triệu chứng đau thắt ngực cao hơn (33,7%) so với nhóm tần số tim nhỏ hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,026$, tương tự với nghiên cứu của Eftihia Sbarouni và CS⁵ (20,7%) ($p=0,048$), nghiên cứu của Janina Stepinska và CS⁷ (34,9%) ($p=0,0453$). Ngoài ra, nhóm BN có tần số tim ≥ 70 lần/phút có tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta thấp hơn (61,9%) và sử dụng nitrate cao hơn (20,7) khi so với nhóm BN có tần số tim nhỏ hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, tương tự với nghiên cứu CLARIFY, tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta và thuốc nitrate lần lượt là 70,1% và 24,5% ở nhóm BN có tần số tim ≥ 70 lần/phút, với $p < 0,0001$. Điều đó thể hiện tầm quan trọng của thuốc chẹn beta

trong giảm tần số tim và giảm đau ngực nếu đạt tần số tim mục tiêu theo khuyến cáo.

Tần số tim đạt mục tiêu. Theo khuyến cáo của AHA (2012) và ESC (2019), tần số tim mục tiêu cho BN HCVM là 55-60 lần/phút. Tỷ lệ đạt được mục tiêu trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,3%, cao hơn so với tác giả Nguyễn Nhật Quỳnh³ (6,8%), do đặc điểm của dân số chọn mẫu đã nói ở trên và tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta cũng như liều lượng thuốc trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn.

Tần số tim ở BN suy tim. Tần số tim trung bình ở bệnh nhân suy tim trong nghiên cứu này là $76,6 \pm 14,7$ lần/phút, thấp hơn so với tác giả Huỳnh Thị Thanh Phương¹ ($84,6 \pm 17,7$ lần/phút) và Nguyễn Vũ Phương² ($79,39 \pm 11,66$ lần/phút), có thể do chúng tôi khảo sát BN ngoại trú, không nhập viện trong vòng 3 tháng nay, tình trạng suy tim đã ổn định còn nghiên cứu của tác giả Huỳnh Thị Thanh Phương và Nguyễn Vũ Phương khảo sát BN nội trú, suy tim chưa ổn định có thể bị ảnh hưởng do đợt cấp của bệnh cảnh suy tim hoặc do các bệnh lý đi kèm. Bên cạnh đó, tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta trên bệnh nhân suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi là 71,4%, cao hơn so với tác giả Huỳnh Thị Thanh Phương (36,2%) và Nguyễn Vũ Phương (31,4%).

Tần số tim trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm suy tim cao hơn so với nhóm không suy tim, tuy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p=0,2222$, tương đồng với tác giả Nguyễn Nhật Quỳnh³ (nhóm có suy tim là 83,42 lần/phút và nhóm không kèm suy tim 74,63 lần/phút, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,002$).

Theo hướng dẫn của Hội Tim châu Âu về điều trị suy tim 2021, tần số tim mục tiêu được khuyến cáo là <70 lần/phút. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN đạt tần số tim mục tiêu <70 lần/phút chiếm 35,7%, tuy cao hơn so với tác giả Huỳnh Thị Thanh Phương (19%) và Nguyễn Vũ Phương (20,4%), nhưng điều này cảnh báo cần quan tâm hơn nữa việc kiểm soát tần số tim ở người suy tim.

Tần số tim ở BN rung nhĩ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần số tim trung bình ở nhóm có rung nhĩ cao hơn nhóm không rung nhĩ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,0012$, tương đồng với tác giả Nguyễn Nhật Quỳnh³ (nhóm có rung nhĩ là 102,38 lần/phút và nhóm không kèm rung nhĩ là 76,03 lần/phút, $p=0,0001$). Số liệu này khơi gợi sự lưu ý hơn nữa việc kiểm soát tần

số thất trong rung nhĩ.

Hạn chế của nghiên cứu: Vì nghiên cứu quan sát cắt ngang nên không khảo sát được lý do không sử dụng thuốc chẹn beta hoặc chưa đạt liều thuốc chẹn beta theo khuyến cáo, cũng như không ghi nhận về số lần tái khám và điều chỉnh liều.

V. KẾT LUẬN

Qua 150 trường hợp BN HCVM tại Khoa phòng khám, phòng khám tim BV ĐHYD TP.HCM, chúng tôi nhận thấy tần số tim trung bình là $73,9 \pm 12,4$ lần/phút. 13,3% BN đạt tần số tim mục tiêu theo các khuyến cáo 55-60 lần/phút. Tỷ lệ BN có tần số tim ≥ 70 lần/phút vẫn còn cao chiếm 61,3%. Phân tích dưới nhóm, BN có tần số tim cao hơn có triệu chứng đau thắt ngực nhiều hơn, tỷ lệ rung nhĩ cao hơn và tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta thấp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Huỳnh Thị Thanh Phương, Châu Ngọc Hoa.** Khảo sát tần số tim và sự sử dụng thuốc ức chế beta trong điều trị suy tim. Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh. 2016;20(1):202-207.
- 2. Nguyễn Vũ Phương, Võ Thành Nhân, Nguyễn Minh Đức.** Khảo sát tần số tim và tỉ lệ sử dụng thuốc ức chế beta ở bệnh nhân suy tim mạn người cao tuổi. Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh. 2018;22(1):124-128.
- 3. Nguyễn Nhật Quỳnh, Châu Ngọc Hoa.** Khảo sát tần số tim và sự sử dụng thuốc ức chế beta trong điều trị bệnh tim thiếu máu cục bộ ổn định. Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh. 2016; 20(1):133-139.
- 4. Marco Antonio Alcocer-Gamba, Carlos Martínez-Sánchez, et al.** Heart rate and use of -blockers in Mexican stable outpatients with coronary artery disease. Arch Cardiol Mex. 2015; 85(4):270-277.
- 5. Eftihia Sbarouni¹, Vassilis Voudris, et al.** Heart Rate and B-Blockade in Stable Coronary Artery Disease in Greece. Hellenic J Cardiol. 2015; 56: 112-117.
- 6. Ph.Gabriel Steg, Roberto Ferrari, et al.** Heart Rate and Use of Beta-Blockers in Stable Outpatients with Coronary Artery Disease. 2012. PLoS ONE 7(5): e36284. doi:10.1371/journal.pone.0036284
- 7. Janina Stepinska, Miłosz Marona, et al.** Heart rate and the use of beta-blockers in stable outpatients with coronary artery disease: Polish baseline results of the CLARIFY registry. Kardiologia Polska. 2014; 72(11): 1156–1164. doi: 10.5603/KP.a2014.0134.
- 8. Michal Tendera, Kim Fox, et al.** Inadequate heart rate control despite widespread use of beta-blockers in outpatients with stable CAD: findings from the international prospective CLARIFY registry. International Journal of Cardiology. 2014;176:119–124.