

Đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân hội chứng vành cấp trong giai đoạn sớm qua theo dõi holter điện tâm đồ

Phạm Thị Thúy Lan*, Nguyễn Tiến Dũng**,
Phạm Như Hùng***,

* Bệnh Viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

** Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

*** Viện Tim mạch Việt Nam

TÓM TẮT

Mục đích: Chúng tôi nghiên cứu đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân có hội chứng vành cấp trong giai đoạn sớm qua theo dõi Holter điện tâm đồ. **Phương pháp và kết quả:** 40 bệnh nhân với 28 nam và 12 nữ, tuổi trung bình 65 ± 16 được chẩn đoán hội chứng vành cấp được ghi Holter điện tâm đồ từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 7 trong quá trình nằm viện. Chúng tôi ghi nhận 20% bệnh nhân có ngoại tâm thu thất; 2,5% bệnh nhân có tim nhanh thất không bền bỉ; 12,5% bệnh nhân có rung nhĩ; 5% bệnh nhân có tim nhanh nhĩ; 7,5% bệnh nhân có block nhĩ thất các loại. **Kết luận:** Rối loạn nhịp là thường gặp trên bệnh nhân có hội chứng vành cấp trong giai đoạn sớm.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng vành cấp ngày càng trở lên một bệnh lý phổ biến tại Việt Nam. Theo các nghiên cứu dịch tễ trên thế giới, hội chứng vành cấp chiếm từ 66-77/100.000 dân [1-3]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt, tỷ lệ hội chứng vành cấp nhập Viện Tim mạch Việt Nam chiếm 4,6% [4].

Theo Guideline hướng dẫn điều trị hội chứng vành cấp, tái tưới máu bằng các biện pháp can

thIỆP hoặc bằng thuốc là cần thiết [5]. Tuy nhiên, không may do điều kiện kinh tế của Tỉnh Bắc Giang đã không cho phép tất cả các bệnh nhân (bn) có thể sử dụng các phương pháp điều trị này. Một số lượng lớn các bệnh nhân hội chứng vành cấp do điều kiện kinh tế đã chỉ có thể điều trị nội khoa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang.

Rối loạn nhịp là khá thường gặp và là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở những bệnh nhân có hội chứng vành cấp [6-9]. Holter điện tâm đồ trong 24 giờ là phương tiện khá hữu hiệu ghi lại các rối loạn nhịp này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân hội chứng vành cấp trong giai đoạn sớm qua theo dõi holter điện tâm đồ”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân

40 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng vành cấp vào điều trị tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Bắc Giang từ 12/2013 đến tháng 5/2014. Trong đó có 18 bệnh nhân là nhồi máu cơ tim cấp và 22 bệnh nhân là cơn đau thắt ngực không ổn định.

Quá trình ghi Holter

Bệnh nhân sẽ được đeo Holter điện tâm đồ 24

giờ từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 7 trong quá trình nằm viện.

Hệ thống máy ghi Holter: BTL với phần mềm MEW.

Các thông số đánh giá

Tất cả các hiện tượng rối loạn nhịp được ghi lại và được đánh giá.

Xử lý số liệu

Các số liệu của nghiên cứu đều được nhập và xử lý theo các thuật toán thống kê trên máy tính với sự trợ giúp của phần mềm SPSS for Windows version 16.0. (SPSS. Inc South Wacker Drive, Chicago, IL).

KẾT QUẢ

40 bệnh nhân với 28 bệnh nhân nam và 12 bệnh nhân nữ với tuổi trung bình 65 ± 16 tuổi (tuổi lớn nhất là 85 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 40 tuổi). Trong đó có 18 bệnh nhân là nhồi máu cơ tim cấp và 22 bệnh nhân là cơn đau thắt ngực không ổn định. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Thông số	
Tuổi (năm)	65 ± 16
Giới (Nam/Nữ)	28 bn/12 bn
Nhồi máu cơ tim/Đau ngực không ổn định	18 bn/ 22 bn
Tần số tim trung bình (c/phút)	91.2 ± 28.3
Tăng huyết áp (số bệnh nhân/%)	27bn / 67%
Đái tháo đường (số bệnh nhân/%)	15bn/ 37%
Rối loạn lipid máu (số bệnh nhân/%)	22bn /55%
Hội chứng chuyển hóa (số bệnh nhân/%)	5bn/ 12%
Nghiện thuốc lá (số bệnh nhân/%)	28 bn/ 70%

Các rối loạn nhịp ghi được trên Holter điện tâm đồ 24 giờ được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Các rối loạn nhịp ghi trên Holter điện tâm đồ 24 giờ.

Thông số	
Ngoại tâm thu thất (số bệnh nhân/%)	8 bn (20%)
Nhịp nhanh thất không bền bỉ (số bệnh nhân/%)	1 bn (2,5%)
Rung nhĩ (số bệnh nhân/%)	5 bn (12,5%)
Tim nhanh nhĩ (số bệnh nhân/%)	2 bn (5%)
Blốc nhĩ thất các loại (số bệnh nhân/%)	3bn (7,5%)

Trong 5 ca rung nhĩ có 4 ca là rung nhĩ cơn và 1 ca là rung nhĩ kéo dài trong cả 24 giờ theo dõi holter. 2 ca tim nhanh nhĩ đều là cơn tim nhanh nhĩ ngắn. Trong 3 ca Bloc nhĩ thất có 1 ca là bloc nhĩ thất cấp III kéo dài và 2 ca là bloc nhĩ thất cấp I. Ca bloc nhĩ thất cấp III đã được chúng tôi cấy máy tạo nhịp tạm thời.

BÀN LUẬN

Tỷ lệ rối loạn nhịp thất trong nghiên cứu của chúng tôi là 20%. Tỷ lệ này tương tự như một số nghiên cứu trên thế giới [10-11]. Nghiên cứu của chúng tôi không xác định được có bao nhiêu bệnh nhân trước đó có ngoại tâm thu thất lành tính (có trước khi bị hội chứng vành cấp). Bởi ngoại tâm thu thất trên bệnh nhân không có bệnh tim thường không đe dọa tính mạng [12-13]. Tuy nhiên, ngoại tâm thu thất này cao hơn hẳn khi so với tỷ lệ người bình thường không có hội chứng vành cấp [14]. Trong khi đó, nhiều nghiên cứu cho thấy ngoại tâm thu thất hoặc tim nhanh thất không bền bị làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân hội chứng vành cấp [15-17]. Thật không may, việc điều trị các rối loạn nhịp bằng các thuốc chống loạn nhịp đã không làm giảm tỷ lệ tử vong toàn bộ cho bệnh nhân có hội chứng vành cấp [18-19]. Thậm chí ngay cả dùng máy chống rung tự động (ICD) cho giai đoạn sớm của hội chứng vành cấp cũng không làm giảm tỷ lệ tử vong toàn bộ cho bệnh nhân [20].

Tỷ lệ rung nhĩ của chúng tôi là 12,5% có cao hơn chút ít so với các nghiên cứu nước ngoài [21-22]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần các bệnh nhân là rung nhĩ cơn. Với các rung nhĩ cơn đến thời điểm hiện tại vẫn chưa có bằng chứng lâm sàng nào trợ giúp cho việc sử dụng các thuốc

chống loạn nhịp để dự phòng tái phát rung nhĩ để duy trì nhịp xoang trong hội chứng vành cấp hoặc nhồi máu cơ tim cấp. Các thuốc được dùng chứng minh làm giảm tỷ lệ tử vong như chẹn beta và ức chế men chuyển có thể cũng làm giảm tỷ lệ rung nhĩ ở bệnh nhân có nhồi máu cơ tim cấp [23-24]. Chúng tôi chỉ có một ca có rung nhĩ kéo dài trong 24 giờ theo dõi holter. Với ca bệnh này, việc chuyển nhịp bằng thuốc chống loạn nhịp hoặc sốc điện vẫn còn nhiều tranh cãi. Có rất ít các bằng chứng về sử dụng amiodarone cho bệnh nhân rung nhĩ sau hội chứng vành cấp. Chỉ có một nghiên cứu nhỏ [25] cho thấy không có sự khác biệt khi so sánh tái lập nhịp xoang so với không chế tần số. Một số nghiên cứu không cho thấy khác biệt về tỷ lệ tử vong khi so sánh điều trị amiodarone với không điều trị các thuốc chống loạn nhịp [26]. Tương tự như vậy, đến hiện nay không có các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của sốc điện đồng bộ để tái lập nhịp xoang ở những bệnh nhân có hội chứng vành cấp.

Về tỷ lệ bloc nhĩ thất, nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài khác [27]. Với những bệnh nhân bloc nhĩ thất cấp III chỉ định đặt máy tạo nhịp là nên làm ở những bệnh nhân này [28].

Do số lượng bệnh nhân hạn chế, chúng tôi đã không thể nghiên cứu về sự khác biệt về rối loạn nhịp giữa nhồi máu cơ tim và cơn đau thắt ngực không ổn định.

KẾT LUẬN

Rối loạn nhịp là thường gặp trên bệnh nhân có hội chứng vành cấp trong giai đoạn sớm. Rối loạn nhịp thường thấy là ngoại tâm thu thất và rung nhĩ.

ABSTRACTS

Objects: We investigated the characters of arrhythmia in patients (pts) with acute coronary syndrome in early stage by ECG Holter.

Method and Results: 40 pts (28 male and 12 female) aged 65 ± 16 years with acute coronary syndrome were done ECG holter from day 2 to day 7 during the hospitalization. ECG Holter revealed 20% of pts with premature ventricular complexes; 2,5% of pts with non-sustained ventricular tachycardia; 12,5% of pts with atrial fibrillation; 5% of pts with atrial tachycardia; 7,5% of pts with AV block.

Conclusion: Arrhythmia is very common in patients with acute coronary syndrome in early stage.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Widimsky P, Wijns W, Fajadet J, de Belder M, Knot Jet al. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries. *Eur Heart J* 2010;31:943-957.
2. Widimsky P, Zelizko M, Jansky P, Tousek F, Holm F, Aschermann M, The incidence, treatment strategies, outcomes of acute coronary syndromes in the “reperfusion network” of different hospital types in the Czech Republic: results of the Czech evaluation of acute coronary syndromes in hospitalized patients (CZECH) registry. *Int J Cardiol* 2007;119:212-219.
3. McManus DD, Gore J, Yarzebski J, Spencer F, Lessard D, Goldberg RJ. Recent trends in the incidence, treatment, and outcomes of patients with STEMI and NSTEMI. *Am J Med* 2011;124:40-47.
4. Nguyễn Lâm Việt, Phạm Việt Tuấn, Phạm Mạnh Hùng. Nghiên cứu mô hình bệnh tật ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt nam trong thời gian 2003-2007. *Tạp chí Tim mạch học Việt nam* 2010; Số 52: 11-19.
5. Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: Executive Summary. *Circulation* 2013; 127: 529-555.
6. Pell S, Fayerweather WE. Trends in the incidence of myocardial infarction and in associated mortality and morbidity in a large employed population, 1957-1983. *N Engl J Med* 1985; 312:1005.
7. Myerburg RJ, Kessler KM, Castellanos A. Sudden cardiac death. Structure, function, and time-dependence of risk. *Circulation* 1992; 85:12.
8. Rosamond WD, Chambless LE, Folsom AR, et al. Trends in the incidence of myocardial infarction and in mortality due to coronary heart disease, 1987 to 1994. *N Engl J Med* 1998; 339:861.
9. Harkness JR, Morrow DA, Braunwald E, et al. Myocardial ischemia and ventricular tachycardia on continuous electrocardiographic monitoring and risk of cardiovascular outcomes after non-ST-segment elevation acute coronary syndrome (from the MERLIN-TIMI 36 Trial). *Am J Cardiol* 2011; 108:1373.
10. Makikallio TH, Barthel P, Schneider R, Bauer A, Tapanainen JM, Tulppo MP, et al. Prediction of sudden cardiac death after acute myocardial infarction: role of Holter monitoring in the modern treatment era. *Eur Heart J* 2005;26(8):762-9.
11. Trappe HJ. Tachyarrhythmias, bradyarrhythmias and acute coronary syndrome. *J Emerg Trauma Shock* 2010; 3: 137-142.
12. Myerburg RJ, Kessler KM, Bassett AL, Castellanos A. A biological approach to sudden cardiac death: structure, function and cause. *Am J Cardiol* 1989;63:1512-6.
13. Myerburg RJ, Castellanos A, Huikuri HV. Origins, classification, and significance of ventricular

- arrhythmias. In: Spooner PM, Rosen MR, eds. *Foundations of cardiac arrhythmias: basic concepts and clinical approaches*. New York: Marcel Dekker, 2001:547-69.
14. Simpson RJ Jr, Cascio WE, Schreiner PJ, et al. Prevalence of premature ventricular contractions in a population of African American and white men and women: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Am Heart J* 2002;143:535-40.
 15. Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, Frank CW, Chaudhary BS, Shapiro S. Ventricular premature complexes and sudden death after myo-cardial infarction. *Circulation* 1981;64:297-305.
 16. Caruso AC, Marcus FI, Hahn EA, Hartz VL, Mason JW. Predictors of arrhythmic death and cardiac arrest in the ESVEM trial: Electrophysiologic Study Versus Electromagnetic Monitoring. *Circulation* 1997;96:1888-92.
 17. Doval HC, Nul DR, Grancelli HO, et al. Nonsustained ventricular tachycardia in severe heart failure: independent marker of increased mortality due to sudden death. *Circulation* 1996;94:3198-203
 18. Sadowski ZP, Alexander JH, Skrabucha B, Dydzyszynski A, Kuch J, Nartowicz E, et al. Multicenter randomized trial and a systematic overview of lidocaine in acute myocardial infarction. *Am Heart J* 1999;137(5):792-8.
 19. Amiodarone Trials Meta-Analysis Investigators. Effect of prophylactic amiodarone on mortality after acute myocardial infarction and in congestive heart failure: meta-analysis of individual data from 6500 patients in randomised trials. *Lancet* 1997;350(9089):1417-24.
 20. Hohnloser SH, Kuck KH, Dorian P, Roberts RS, Hampton JR, Hatala R, et al. Prophylactic use of an implantable cardioverter-defibrillator after acute myocardial infarction. DINAMIT Investigators. *N Engl J Med* 2004;351(24):2481-8.
 21. Wong CK, White HD, Wilcox RG, Criger DA, Califf RM, Topol EJ, et al. Management and outcome of patients with atrial fibrillation during acute myocardial infarction: the GUSTO-III experience. Global use of strategies to open occluded coronary arteries. *Heart* 2002;88(4):357- 62.
 22. Asanin M, Perunicic J, Mrdovic I, Matic M, Vujisic-Tesic B, Arandjelovic A, et al. Significance of recurrences of new atrial fibrillation in acute myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2006;109(2):235-40.
 23. McMurray J, Kober L, Robertson M et al. Antiarrhythmic effect of carvedilol after acute myocardial infarction: results of the Carvedilol Post-Infarct Survival Control in Left Ventricular Dysfunction (CAPRICORN) trial. *J Am Coll Cardiol* 2005;45(4):525-30.
 24. Pedersen OD, Bagger H, Kober L, Torp-Pedersen C. Trandolapril reduces the incidence of atrial fibrillation after acute myocardial infarction in patients with left ventricular dysfunction. *Circulation* 1999;100(4):376-80.
 25. Cowan JC, Gardiner P, Reid DS, Newell DJ, Campbell RW. A comparison of amiodarone and digoxin in the treatment of atrial fibrillation complicating suspected acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Pharmacol* 1986;8(2):252-6.
 26. Kilborn MJ, Rathore SS, Gersh BJ, Oetgen WJ, Solomon AJ. Amiodarone and mortality among elderly patients with acute myocardial infarction with atrial fibrillation. *Am Heart J* 2002;144(6):1095-101.
 27. Antman EM, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2004.
 28. Phạm Như Hùng. Kỹ thuật đặt máy tạo nhịp tạm thời. *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*. 2014; Số 65:110-115.