

# Nghiên cứu, đánh giá tình hình rối loạn nhịp thất tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh trong 2 năm (2012-2013)

TS.BS.CKII.Nguyễn Hồng Hạnh\*, BS.Phan Thanh Nghĩa\*\*

\*Trường cao đẳng y tế Quảng Ninh

\*\*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

## TÓM TẮT

Nghiên cứu 199 bệnh nhân (BN) rối loạn nhịp thất (RLN/T) tại BVĐK tỉnh Quảng Ninh trong 2 năm 2012-2013, phương pháp nghiên cứu mô tả lâm sàng có can thiệp điều trị, không đối chứng, tiến cứu. Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ RLN/T là 4,2%, tuổi mắc  $66,25 \pm 13,81$  năm (17-94 tuổi), nam nhiều hơn nữ. Các bệnh tim mạch gây RLN/T hay gặp là THA, suy tim, bệnh mạch vành (NMCT cấp, thiếu năng vành mạn tính), bệnh cơ tim dẫn. Các RLN/T thường gặp là NITTT (95,97%), chủ yếu là độ I và độ II, hay gặp ở thất phải, các chỉ số khoảng gập, phức bộ QRS của NITTT của 2 thất không có sự khác biệt. Các cơn TNT tỷ lệ ít hơn NITTT (5,52%) hay gặp là cơn TNT đơn dạng, đa dạng, thất phải gặp nhiều hơn thất trái (64,71%), không có sự khác biệt về tần số, thời gian chu kỳ cơ bản, QRS của cơn TNT phải và cơn TNT thất trái. Tỷ lệ xuất viện 93,47%, tỷ lệ điều trị tốt (hết NITTT và cơn TNT) là 78,89%, tỷ lệ điều trị khá và trung bình (còn NITTT thừa, cắt cơn TNT) là 14,57%. Tỷ lệ tử vong chung là 6,53%. Các RLN/T gây tử vong là rung thất, các cơn TNT đa dạng, kịch phát, kết hợp với suy tim nặng độ III-IV. Các thuốc điều trị RLN/T có hiệu quả: Lidocain, Cordarone, Betaloc. Sốc điện cấp cứu có hiệu quả tốt với rung thất, cơn TNT đa dạng, kịch phát.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp thất (RLN/T) là biến chứng và hậu quả thường gặp của bệnh tim mạch và các bệnh khác không do tim gây ra, RLN/T là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho BN, theo thống kê ở Mỹ hàng năm số bệnh nhân tử vong ngoài bệnh viện do RLN/T là 300.000-420.000 BN/năm [1]. Các RLN/T bao gồm: ngoại tâm thu thất (NITTT), thoát thất (Ventricular Escape), song tâm thu thất (Ventricular Parasystol), nhịp tự thất cơn tim nhanh thất (TNT) bao gồm: TNT không bên bì, TNT bên bì, TNT đơn dạng, TNT đa dạng, TNT hai chiều (bidirectionVT), xoắn đỉnh

(XĐ), cuồng thất (CT), rung thất (RT). Nghiên cứu của Viện tim mạch Việt Nam cho thấy tỷ lệ tử vong do RLN/T trong 2 năm 1999-2000 là 39,2% [3]. Hiện tại ở Việt Nam cũng chưa có một nghiên cứu thống kê toàn quốc về tỷ lệ mắc và tử vong do RLN/T. Vì tính chất thường gặp và nguy hiểm của RLN/T và tại tỉnh Quảng Ninh cho đến hiện nay chưa có nghiên cứu nào về RLN/T nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài:

**“Nghiên cứu, đánh giá tình hình rối loạn nhịp thất tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh trong 2 năm 2012-2013”**

Nhằm mục tiêu:

**Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị rối loạn nhịp thất tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh trong 2 năm 2012-2013.**

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

- 199 BN được chẩn đoán, điều trị RLN/T tại khoa tim mạch của BVĐK tỉnh Quảng Ninh từ tháng 1/2012-12/2013. Các BN được khám lâm sàng tim mạch, làm các xét nghiệm sinh hóa máu, huyết học, nước tiểu thường quy, ghi điện tâm đồ thường quy 12 chuyển đạo nhiều lần để chẩn đoán và theo dõi diễn biến của các RLN/T, siêu âm tim doppler máu 2D, được ghi Holter điện tim nếu có các RLN/T thoáng qua. Tiêu chuẩn loại trừ: Những BN không có RLN/T, không tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

### Phương pháp nghiên cứu

- Phương tiện nghiên cứu: máy điện tâm đồ 12 chuyển đạo của Nhật bản hãng Nihokondent, máy siêu âm doppler máu 2D chuyên tim mạch hãng GE (Mỹ), máy Holter ghi điện tim 24 giờ, 12 kênh của hãng Rozine-Electrics (Mỹ).

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng có can thiệp không đối chứng, tiến cứu 100%. Các thông số kết quả nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê trên phần mềm SPSS phiên bản 16.0. Địa điểm nghiên cứu: Khoa tim mạch BVĐK tỉnh Quảng Ninh.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- 199 BN có RLN/T được khám, chẩn đoán, điều trị tại BVĐK tỉnh Quảng Ninh trong 2 năm 2012-2013 (tháng 1/2012- 12/2013). Tỷ lệ BN có RLN/T so với tổng số BN nội khoa là 4,2 %, tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu khác[5]. Số ngày nằm viện:  $9,54 \pm 5,85$  ngày, dài nhất 30 ngày, ngắn nhất 1 ngày

### Tuổi và giới

- Tỷ lệ BN nam 102/199BN (51,26%), tỷ lệ BN nữ 97/199BN (48,74%), như vậy tỷ lệ BN nam nhiều hơn BN nữ ( $p > 0,05$ ). Tuổi trung bình là  $66,25 \pm 13,81$  năm, tuổi của BN nữ  $65,74 \pm 14,98$  năm, BN nam  $66,76 \pm 12,64$  năm, so sánh tuổi nam và nữ không có sự khác biệt ( $p > 0,05$ ).

### Đặc điểm bệnh lý khi vào viện

#### Bệnh kèm theo

- Các bệnh kèm theo gồm nhiều loại: Rối loạn chuyển hóa Lipid máu (19,59%), tiểu đường typ 2 (18,66%), tai biến mạch não, bệnh tiết niệu: sỏi thận, suy thận mạn, bệnh gan mật, Hội chứng dạ dày tá tràng, bệnh hô hấp: viêm phế quản, viêm phổi, basedow, viêm khớp dạng thấp.v.v. Số lượng và tỷ lệ BN có RLN/T có các bệnh kèm theo là 134/199BN (67,34%). Bệnh kèm theo là những bệnh nền, không là bệnh tim mạch, có trước khi RLN/T xảy ra, hoặc là biến chứng của bệnh tim mạch, có thể là bệnh chính khi vào viện. Một BN bị RLN/T có thể có nhiều bệnh (trên 2 bệnh), nhất là những BN cao tuổi.

#### Các chỉ số tim mạch và xét nghiệm khi nhập viện

- Chỉ số huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương

+ Huyết áp tâm thu (HATT) khi nhập viện:  $139,80 \pm 26,41$  mmHg, HATT trong giới hạn bình thường, nhưng trong số này có 101BN (50,75%) HATT cao  $140-220$  mmHg. Huyết áp tâm trương (HATT<sub>r</sub>) khi nhập viện:  $81,91 \pm 11,77$  mmHg, HATT<sub>r</sub> trong giới hạn bình thường, tuy nhiên trong đó có 73/199BN (36,68%) HATT<sub>r</sub> từ 90-110 mmHg. Kết quả nghiên cứu trên cho thấy tỷ lệ BN tăng HATT cao hơn tăng HATT<sub>r</sub>

- Chỉ số nhịp tim và điện sinh lý tim khi nhịp xoang:

+ Có 168/199BN (tỷ lệ 83,42%) khi nhập viện là nhịp xoang, tần số thất là  $86,25 \pm 19,45$  ck/p, trong số nhịp xoang này có 59/168BN (35,12%) nhịp xoang nhanh tần số 90-150ck/p và 8/168BN (4,76%) nhịp xoang chậm tần số 46-

60ck/p, các BN nhịp xoang chậm này có chỉ số HAIT và HAITr bình thường. Thời gian chu kỳ cơ bản (TGCKCB) nhịp xoang 730,88±168,02ms, dài nhất 1304 ms, ngắn nhất 385ms

+ Khoảng QT khi nhịp xoang: 378,68±29,49ms, khoảng QT trong giới hạn bình thường. BN số 102, có QT dài nhất 490ms, nhịp xoang chậm tần số 50ck/p, nhưng BN này không có cơn xoắn đỉnh.

- Các chỉ số huyết học: Các chỉ số huyết học trong giới hạn bình thường.

- Các chỉ số sinh hóa

+ Creatinin máu 105,92±93,95mmol/l, chỉ số này trong giới hạn bình thường; Tuy nhiên có 5BN (2,51%) bị suy thận cấp và suy thận mạn chỉ số Creatinine máu tăng cao 145-1288Mmol/l.

+ Glucose máu lúc đói 7,12±3,02mmol/l, trong giới hạn bình thường, tuy nhiên có 63BN(31,66%) Glucose tăng cao 7,2-19,1mmol/l. Như vậy tỷ lệ tiểu đường type 2 ở nhóm nghiên cứu này cao hơn so với tỷ lệ mắc trong cộng đồng[1].

+ Triglycerid máu 1,83±1,32mmol/l, có 6/199BN(3,02%) Triglycerid tăng 4.9-5.6mmol/l. Cholesterol máu toàn phần 5,04±1,38mmol/l, có 72/199BN (36,18%) Cholesterol toàn phần tăng 5,2-14,5mmol/l. HDL-Cholesterol 1,25±0,44 mmol/l, có 26/199BN (13,07%) HDL-Cholesterol giảm 0,3-0,8mmol/l. LDL-Cholesterol 3,03±0,83mmol/l, có 14/199BN (7,06%) LDL-Cholesterol tăng 4.1-5.2mmol/l.

+ Men CK 204,91±635,73UI/l, có 49/199BN

(24,62%) men CK tăng cao 143-7680UI/l. Men CK-MB 27,19±37,39 UI/l, có 38/199BN (19,10%) men CK-MB tăng cao 26-341 UI/l. Axit Uric máu 368,44±111,00 mmol/l, có 5/199BN (2,51%) Axit uric tăng cao 437-603 mmol/l.

- Các chỉ số Siêu âm-doppler tim:

+ Khối lượng cơ thất trái (KLCTT): 186,18±47,96g, KLCTT trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên có 65BN(32,66%) KLCTT tăng 200-251g, những BN này bị THA có suy tim độ II-III, bệnh cơ tim, bệnh van tim

+ Phân số tổng máu (EF%) là 55,03±13,22%, trong giới hạn bình thường, nhưng trong số này có 42BN (21,1%) có EF% thấp 22-45%, những BN này có suy tim độ III-IV do THA, bệnh cơ tim dẫn, thiếu năng vành và bệnh van hai lá và van ĐMC.

### Đặc điểm rối loạn nhịp thất

#### Bệnh tim mạch

+ Số lượng và tỷ lệ THA là cao nhất 120/199BN (60,3%), tiếp sau là các bệnh suy tim do các nguyên nhân 77BN (38,69%), thiếu năng vành mạn tính 38BN (19,10%), bệnh cơ tim dẫn 18BN (9,04%), Nhồi máu cơ tim cấp (NMCTC) 15BN(7,54%), bệnh van tim (van hai lá, van ĐMC) 14BN (7,03%), Suy tĩnh mạch chi dưới 2BN (1%), Phình tách động mạch chủ 1BN (0,5%), Hội chứng suy nút xoang bệnh lý 1BN(0,5%)

- Bệnh tim mạch thường gặp là những bệnh nền, mạn tính hoặc cấp và là nguyên nhân gây ra

Bảng 1. Các loại rối loạn nhịp thất thường gặp

STT	Các loại rối loạn nhịp thất	Số lượng và tỷ lệ %
1	Ngoại tâm thu các loại	191/199 (95,97%)
2	Cơn TNT đơn dạng	11/199 (5,52%)
3	Cơn TNT đa dạng và xoắn đỉnh	3/199 (1,5%)
4	Rung thất	2/199 (1%)
5	Nhịp tự thất	3/199 (1,5%)
6	Thoát thất	1/199 (0,5%)

những RLN/T. Số lượng và tỷ lệ 1 BN có trên 2 bệnh tim mạch là 55/199BN (27,64%), như BN số 123, 127, 146 v.v. Hẹp hở van hai lá, tăng huyết áp.v.v.

**Các rối loạn nhịp thất**

Các RLN/T xuất hiện ngay khi nhập viện: 159/199BN (79,90%), các RLN/T xuất hiện sau vào viện là 40/199BN (20,1%). Thời gian xuất hiện RLN/T sau vào viện: 23,8 ±67,02 giờ, lâu nhất là 568 giờ, nhanh nhất là 1 giờ.

**Các loại rối loạn nhịp thất**

- Kết quả bảng 1 cho thấy: NTTT chiếm tỷ lệ cao nhất 191BN (95,97%), cơn TNT đơn dạng 5,52% thoát thất gặp 1BN (0,5%). 1BN có thể xuất hiện nhiều loại RLN/T (BN số 87 đầu tiên xuất hiện NTTT, sau đó xuất hiện cơn TNT đơn dạng, rối rung thất và trước khi tử vong xuất hiện nhịp tự thất) (Bảng 1 trang 172).

**Ngoại tâm thu thất**

- Đặc điểm chung của ngoại tâm thu thất(NTTT)

Bảng 2. Phân loại Ngoại tâm thu thất theo Lown.B

STT	Mức độ ngoại tâm thu thất	Số lượng và tỷ lệ %
1	Ngoại tâm thu thất độ I	150/195 (67,36%)
2	Ngoại tâm thu thất độ II	45/195 (22,95%)
3	Ngoại tâm thu thất độ III	1/195 (0,51%)
4	Ngoại tâm thu thất độ IVa	11/195 (5,61%)
5	Ngoại tâm thu thất độ IVb	6/195 (3,06%)
6	Ngoại tâm thu thất độ V	1/195 (0,51%)
	Tổng	195 (100%)

Số liệu ở bảng 2: Phân loại mức độ nguy hiểm của NTTT theo Lown B của BN[4] thì số BN có NTTT là 195BN, tổng số ổ NTTT là 199 ổ, số BN có 2 ổ NTTT là 4/199BN (2%). Khoảng ghép của 199 ổ NTTT là 461,71±74,37ms (240-760ms). NTTT độ I phổ biến nhất 150/195BN (67,36%), sau đến là NTTT độ II (22,95%), có 1 BN (0,51%) xuất hiện NTTT độ V (hiện tượng R/T). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu trong nước[6].

- Đặc điểm điện sinh lý của ngoại tâm thu thất phải và thất trái:

+ Tỷ lệ và số lượng ổ ngoại tâm thu thất phải (NTTTP) là 137/199 ổ (68,5%), tỷ lệ và số lượng ổ ngoại tâm thu thất trái (NTTT/T) là 62/199 ổ (31,5%). Khoảng ghép trung bình của NTTTP: 463,07±73,44 ms. Phức bộ QRS của NTTTP là 133,06 ±21,32 ms (100-200ms). Khoảng ghép trung bình của NTTT/T: 461,63±80,52ms. Phức bộ QRS của NTTT/T là 128,47±22,13 ms (105-200ms).

Bảng 3. So sánh đặc điểm ngoại tâm thu thất phải và ngoại tâm thu thất trái

Đặc điểm điện sinh lý	NTTTP (n=137)	NTTT/T (n=62)	P
Khoảng ghép (ms)	463,07±73,44	461,63 ±80,52	> 0,05
QRS (ms)	133,06 ±21,32	128,47 ±22,13	> 0,05



Kết quả nghiên cứu bảng 3 là so sánh NTTTP và NTTT/T về khoảng ghép và phức bộ QRS cho thấy không có sự khác biệt ( $p > 0,05$ ). Nghiên cứu của Phạm Quốc Khánh và cộng sự cũng cho kết quả tương tự[4],[5].

*Các cơn tim nhanh thất*

**- Đặc điểm chung của các cơn tim nhanh thất (TNT)**

+ 14 BN có 17 TNT, có 2BN có 2 loại cơn TNT xuất hiện theo thời gian (BN số 36 lúc đầu là TNTP không bền bỉ, một dạng, sau đó xuất hiện xoắn đỉnh). Các cơn TNT đều xuất hiện trên BN có bệnh tim thực tổn[5], [6]: NMCTC, bệnh cơ tim dẫn có suy tim độ III, THA có suy tim độ III-IV .v.v chỉ có 1BN không có bệnh tim thực tổn, bị Viêm niêm mạc dạ dày (BN số 198). Thời gian xuất hiện TNT sau NTTT trung bình là 27,39±49,50 giờ (xuất hiện sớm nhất ngay sau NTTT trong giờ đầu tiên, cơn TNT xuất hiện muộn nhất là sau 168 giờ). Tần số thất trung bình của cơn TNT là 191,59±73,40 ck/p(100-375ck/p). TGCKCB của cơn TNT là 358,35±119,32ms (160-600ms). Phức bộ QRS của cơn TNT là 154,71±42,74ms (110-240ms). Tỷ lệ cơn tim nhanh thất phải (TNTP) là 11/17 (64,71%), tỷ lệ cơn tim nhanh thất trái (TNT/T) là 6/17 (35,29%)

**- Đặc điểm điện sinh lý của cơn TNT phải và cơn TNT trái**

Bảng 4. So sánh đặc điểm điện sinh lý của TNTP với TNT/T

Đặc điểm điện sinh lý	TNT P (n=11)	TNT /T (n=6)	P
Tần số thất (ck/p)	199,09±77,01	177,83±70,91	> 0,05
TGCKCB	344,73±106,23	383,33±147,74	> 0,05
QRS (ms)	152,73±43,15	158,33±45,79	> 0,05

Kết quả bảng 4 cho thấy: các cặp thông số tần số thất, TGCKCB, thời gian QRS của cơn TNTP và cơn TNT/T không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) [1], [2], [5]

**- Đặc điểm điện sinh lý tim của cơn TNT đa dạng và cơn TNT đơn dạng**

+ **Cơn TNT đa dạng:** số lượng 3 TNT, Tần số thất 264,33±111,59ck/p (nhỏ nhất 375ck/p, chậm nhất 176ck/p). TGCKCB: 273,33±98,66 ms (160-340ms). Phức bộ QRS của TNT đa dạng 200,00±40,00ms (160-240ms).

+ **Cơn TNT đơn dạng:** Số lượng 11 cơn TNT, tần số thất 165,27±35,77ck/p (nhỏ nhất 250ck/p, chậm nhất 115ck/p). TGCKCB: 388,36±82,57 ms (240-520ms). Thời gian QRS của cơn TNT đa dạng 137,27±37,97ms (110-240ms).

**Đặc điểm điện sinh lý của nhịp tự thất**

Có 2BN bị nhịp tự thất gia tốc: Tần số thất 62,50 ±17,68ck/p(50-70ck/p). TGCKCB 1000,00±282,84ms(800-1200ms). Phức bộ QRS: 180,00±28,28ms(160-200ms). 2BN này bị NMCTC trước rộng, xuất hiện NTTT/T sớm chùng đôi, tiếp theo là xuất hiện rung thất, cuối cùng xuất hiện nhịp tự thất và tử vong.

**Các rối loạn nhịp tim khác kèm theo**

**Rung nhĩ**

- Số lượng và tỷ lệ 33/199BN (16,58%), tần số nhĩ 366,64±40,24 ck/p, Tần số thất 106,48±22,44 ck/p (62-133ck/p). BN số 162 có tần số thất 62ck/p, có nhát thoát thất, bị H/C suy nút xoang bệnh lý

**Blocc nhĩ-thất (Bloc AV)**

Tỷ lệ 4/199BN (2,01%) Bloc AV: Bloc AV cấp I có 3BN, Bloc AV cấp III có 1BN (BN số 162 tần số nhĩ 100ck/p, tần số thất là 26ck/p, khoảng

ngừng tim 2,32s, TGCKCB là 2307,69ms, chỉ định đặt Pacemaker CRT).

**Cơ tim nhanh kịch phát trên thất**

BNsố7, Tần số thất 150ck/p, xuất hiện sau NITTT 12 giờ, TGCKCB của cơ tim nhanh trên thất là 400ms.

**Nhịp bộ nối giữa gia tốc**

Có 2 BN số 81, xuất hiện sau NITTT 384 giờ, tần số 95ck/p, TGCKCB 630ms, thời gian tồn tại là 3,2s. BN số 126 tần số thất 83ck/p, TGCKCB 720ms.

**Điều trị rối loạn nhịp thất**

- Thời gian điều trị trung bình là 9,01±5,67 ngày. Điều trị NITTT thưa: Cordarone uống liều 200-400mg/24 giờ, nếu có nhịp xoang nhanh kết hợp với chẹn β giao cảm Betaloc liều 25-50mg/24 giờ. Với NITTT nhịp đôi chùm, R/T, cơ địa thiếu năng vành, thuốc lựa chọn đầu tiên là Lidocain/TM 80mg/lần, sau đó củng cố duy trì bằng Cordarone uống 200-400mg/24 giờ[1].

- Các cơn TNT khởi đầu là Lidocain/TM 80mg/lần hoặc Cordarone/TM liều 300mg/24 giờ, nếu cắt được cơn TNT thì duy trì và củng cố bằng Cordarone uống 200-400mg/24 giờ, nếu nhịp xoang nhanh, chỉ số EF% bình thường có thiếu năng vành kết hợp thêm Betaloc uống liều 25-50mg/24 giờ[6]. Sốc điện cấp cứu khi có rung thất, cơn TNT đa dạng có tụt huyết áp liều sốc: 2 nhất sốc 200w/s với 1BN.

- Điều trị nền suy tim độ III-IV: Digoxin liều 0,25mg/24 giờ với những BN có EF <40%, bù điện giải Kali, Magne, chống đông máu Sintrom, Aspirine 80-100 mg/24 giờ, lợi tiểu trofurit 40mg/24 giờ. Điều trị rung nhĩ nhanh: Nếu có suy tim EF% dưới 50% dùng Digoxine liều 0,25-0,5mg/24 giờ, duy trì cách nhật 0,25mg/24 giờ. Nếu rung nhĩ nhanh với EF% bình thường dùng Cordarone 400mg/24 giờ sau đó duy trì liều 200mg/24 giờ, kết hợp với Betaloc liều 25-50mg/24 giờ nếu đáp ứng chậm với Cordarone.

- Tỷ lệ xuất viện 186/199BN (93,47%), Tỷ lệ điều trị tốt (hết NITTT) là 157/199BN (78,89%), tỷ lệ điều trị khá(còn NITTT thưa, cắt được cơn TNT) là 29/199BN (14,57%).

**Tử vong**

Tỷ lệ tử vong chung là 13/199BN (6,53%), Nguyên nhân tử vong là NMCTC hay gặp nhất là 8/13 BN (61,54%), THA biến chứng suy tim độ III-IV, 1BN bị Basedow biến chứng suy tim IV, TBMN có 2 BN, 1 BN bị HHoHL và Osler, suy tim độ IV, 1BN bị thiếu năng vành mạn tính và viêm phúc mạc.

**KẾT LUẬN**

Nghiên cứu trên 199BN có RLN/T tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh trong 2 năm 2012-2013 chúng tôi rút ra một số kết luận sau

**Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân rối loạn nhịp thất**

- Độ tuổi mắc RLN/T là 66,25±13,81năm (17-94), nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ RLN/T là 4,2%, tỷ lệ NITTT là 95,97%, tỷ lệ cơn TNT là 5,52%.

- Nguyên nhân thường do các bệnh tim mạch: THA, suy tim, bệnh mạch vành, bệnh cơ tim dẫn.vv. Các bệnh kèm theo hay gặp là tiểu đường type 2, rối loạn chuyển hóa lipid máu, tai biến mạch não v.v. Các RLN/T thường gặp nhất: NITTT (95,97%), chủ yếu là độ I và độ II, hay gặp ở thất phải, các chỉ số khoảng ghép, phức bộ QRS của NITTT của 2 thất không có sự khác biệt. Các cơn TNT hay gặp là cơn TNT đơn dạng, đa dạng, thất phải(64,71%) gặp nhiều hơn thất trái, không có sự khác biệt về tần số, TGCKCB, QRS của cơn TNT và cơn TNT/T.

**Kết quả điều trị các rối loạn nhịp thất**

- Tỷ lệ xuất viện (93,47%), trong đó tỷ lệ điều trị tốt (hết NITTT và cơn TNT) là 78,89%, tỷ lệ điều trị khá (còn NITTT thưa, cắt cơn TNT) là 14,57%. Các thuốc điều trị RLN/T có hiệu quả: Lidocain, Cordarone, Betaloc. Sốc điện cấp cứu có hiệu quả tốt với rung thất, cơn TNT đa dạng,kịch phát.

- Tỷ lệ tử vong chung là 6,53%, các bệnh tim mạch thường gây tử vong là NMCTC (61,54%), THA biến chứng suy tim độ III-IV, bệnh mạch vành, bệnh cơ tim dẫn, bệnh van tim. Các RLN/T gây tử vong là rung thất, các cơn TNT đa dạng, kịch phát.

## ABSTRACT

**Objective:** Evaluate the clinical characteristics, preclinical and clinical outcomes of 199 patients were suffer from ventricular arrhythmias in Quang Ninh Provincial General Hospital during two years 2012-2013. **StudyingMethod:** research methodology is describing clinical treatment interventions, uncontrolled, prospective. **Results:** The rate of ventricular arrhythmias (VA) is 4.2%, median Aged  $66.25 \pm 13,81$  years (17-94 years), men more than women. Cardiovascular diseases caused VA is hypertension, heart failure, coronary heart disease, dilated cardiomyopathy. The Common VA is Ventricular Extrasystoles (VE) (95.97%), mainly level I and level II, often seen in the right ventricle, the researching indexes is about couplarge, Interval of QRS of the right VE and left VE comparison no difference ( $P > 0,05$ ). **Conclusions:** The rate of ventricular tachycardia (VT) is 5,52% less than VE. Common form of VT is monomorphic VT, polymorphic VT, but right VT more than left VT (64.71%), there was no difference in the frequency, basic cycle length, QRS interval of right VT and left VT ( $P > 0,05$ ). The rate of discharge from Hospital is 93.47%, rate of good treatment (no VE and no VT) is 78.89%, and the proportion treated fairly average (VE also remained, cutting of VT) is 14.57%. Overall mortality rate was 6.53%. The VA caused dead is ventricular fibrillation (VF), paroxysmal polymorphic VT, associated with grade III-IV of severe heart failure. The antiarrhythmic drugs for treatment of VA has good effective is Lidocaine, Cordarone, Betaloc. Emergency Cardiodefibrillator is effective for VF, paroxysmal polymorphic VT. **Keyword:** ventricular arrhythmias, ventricular tachycardia, Ventricular Extrasystoles, monomorphic VT, polymorphic VT.

---

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **1. AHA/ACC/NASPE (2006).** "Guideline for Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death: A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death...", *Circulation Chapter*, 114, pp.385-484.
2. **2. G Andre ng (2006).** "Treating Patients With Ventricular Ectopic Beats", *Heart*, 92, pp.1707-1712.
3. **3. Nguyễn Tiến Hải (2001).** *Một số nhận xét về tình hình tử vong tại viện tim mạch Việt Nam trong hai năm 1999-2000.* Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa khóa 1995-2001, trường đại học y Hà Nội. Hà Nội
4. **4. Leonard N. Horowitz and John Parkinson (2000).** "Polymorphic Ventricular Tachycardia Including Torsades de Pointes, Long QT Syndrome, and Bidirectional Tachycardia in Arrhythmias", *Edited by John A. Kastor 2<sup>nd</sup> Edition*, Chapter 13, Pp.415-445, W.B Saunders Company, USA.
5. **5. J Thomas Bigger Jr (2000).** "Ventricular Premature Beats in Arrhythmias", *Edited by John A. Kastor MD, Second Edition*, Chapter 11, PP.294-341 W.B Saunder Company, USA.
6. **6. Thomas Bump, Phạm Quốc Khánh, Phạm Như Hùng, Tạ Tiến Phước, Vương Du Thịnh (2007).** "Tim nhanh thất", *một số vấn đề cập nhật trong chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch năm 2007*, tr.358-402, sách dịch Tiếng Việt, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.