

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BLOCK NHĨ THẤT CAO ĐỘ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2019 - 2020

Ngô Hoàng Toàn*, Nguyễn Thị Diễm

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: nhtoan@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Block nhĩ thất cao độ thường gây chóng mặt, ngất hoặc nặng hơn có thể dẫn đến tử vong nếu không được cấp cứu kịp thời. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân block nhĩ thất cao độ tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2019-2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu được tiến hành trên 32 bệnh nhân block nhĩ thất cao độ tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ năm 2019 đến năm 2020. **Kết quả:** tuổi bệnh nhân trung bình là $73,69 \pm 14,2$, tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 1/1,29, block nhĩ thất cao độ thường gặp ở nhóm bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, bệnh mạch vành, rối loạn lipid máu. Tần số tim trung bình của bệnh nhân là $36,91 \pm 3,80$, phân suất tống máu trung bình là $59,16 \pm 8,35\%$. **Kết luận:** Block nhĩ thất cao độ thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh nền.

Từ khóa: block nhĩ thất, cao độ.

ABSTRACT

STUDY OF CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH HIGH-DEGREE ATRIOVENTRICULAR BLOCK AT CAN THO GENERAL HOSPITAL 2019 - 2020

Ngo Hoan Toan*, Nguyen Thi Diem

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: High-degree atrioventricular block often causes dizziness, syncope or worsening and can lead to death if not treated. **Objectives:** This study aims to delineate the clinical and laboratory characteristics of patients with high-degree atrioventricular block at Can Tho general hospital. **Materials and methods:** A prospective study was conducted in a group of 32 patients who had high-degree atrioventricular block in Can Tho General Hospital from 2019 to 2020. **Results:** The mean patient age was 73.69 ± 14.2 , the ratio of male to female was 1/1.29, high-degree atrioventricular block was common in patients with a history of hypertension, coronary artery disease and dyslipidemia. The mean heart rate of patient was 36.91 ± 3.80 and the mean of ejection fraction was $59.16 \pm 8.35\%$. **Conclusion:** High-degree atrioventricular block commonly occurs in elderly patients with multiple underlying diseases.

Keywords: atrioventricular block, high degree.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Block nhĩ thất cao độ là sự chậm trễ hoặc gián đoạn dẫn truyền xung động từ nhĩ đến thất xuất phát từ dưới nút nhĩ thất đến mạng lưới His-Purkinje, ý nghĩa về lâm sàng bao gồm block nhĩ thất độ II mobitz type II hoặc block nhĩ thất độ III, về điện tâm đồ có tình trạng lớn hơn hai sóng P liên tiếp với tần số sinh lý không đổi không dẫn truyền đến thất. Các rối loạn này có thể mang tính chất tạm thời hay vĩnh viễn, trong trường hợp cấp cứu như nhồi máu cơ tim cấp thì có khoảng 5% block nhĩ thất độ II, 6% block nhĩ thất độ III, những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có block nhĩ thất thường có tỉ lệ tử vong cao hơn. Những bệnh nhân bị block nhĩ thất, nhất là các trường hợp block nhĩ thất độ 2 hoặc 3 thường chóng mặt tái diễn, ngất

hoặc đánh trống ngực, phản ánh tình trạng cung lượng tim không đủ, nặng hơn có thể dẫn đến nhịp nhanh thất đa hình và tử vong [4], [5]. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân block nhĩ thất cao độ tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2019 - 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh nhân bị block nhĩ thất cao độ nhập viện Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

Tiêu chuẩn chọn mẫu: tất cả các bệnh nhân block nhĩ thất cao độ bao gồm block nhĩ thất độ II mobitz type II và block nhĩ thất độ III nhập viện Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2019-2020.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có hội chứng suy nút xoang, ngất do phản xạ, hẹp van 2 lá, hẹp van động mạch chủ, đột quỵ não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu:

$$\text{Công thức tính ước lượng cỡ mẫu: } n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

Z: hệ số tin cậy, chọn độ tin cậy 95% vậy Z=1,96.

p: tỷ lệ ước lượng. Chúng tôi chọn p là tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng chóng mặt, p=0,02 (theo nghiên cứu của tác giả Huỳnh Trung Cang [1]).

d: là sai số cho phép, chọn d = 0,05.

Theo công thức tính cỡ mẫu trên chúng tôi tính được n = 31. Thực tế chúng tôi thu thập được 32 mẫu.

- Nội dung nghiên cứu: đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu gồm tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi cư trú. Đặc điểm lâm sàng: lý do vào viện gồm khó thở, nặng ngực, chóng mặt, hồi hộp, ngất; tiền sử bệnh bao gồm tiền sử bệnh mạch vành, tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, suy tim, rung nhĩ, rối loạn lipid máu; BMI. Đặc điểm cận lâm sàng: điện tâm đồ 12 chuyển đạo, công thức máu, sinh hóa máu (troponin T, NT-proBNP), siêu âm tim (phân suất tổng máu thất trái).

- Phương pháp thu thập số liệu: bộ câu hỏi phỏng vấn đối tượng, khám lâm sàng, đo phân suất tổng máu thất trái qua siêu âm tim, đo điện tim 12 chuyển đạo, xét nghiệm troponin T, NT-proBNP máu.

- Phương pháp xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ
Tuổi		
<60	26	81,3
≥60	6	18,8

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ
Tuổi trung bình	73,69 ± 14,2	
Giới		
Nam	14	43,8
Nữ	18	56,3

Nhận xét: tỷ lệ nữ cao hơn nam, độ tuổi trung bình nhóm bệnh nhân <60 tuổi nhiều hơn trên 60 tuổi.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện		
Khó thở	9	28,1
Nặng ngực	15	46,9
Chóng mặt	21	65,6
Hội hộp	2	6,3
Ngất	8	25
Tiền sử bệnh		
Tăng huyết áp	26	81,3
Đái tháo đường type 2	8	25
Suy tim	5	15,6
Bệnh mạch vành	22	68,8
Rung nhĩ	1	3,1
Rối loạn lipid máu	11	34,4
BMI (kg/m²)		
<18,5	12	37,5
18,5-23	17	53,1
>23	3	9,4

Nhận xét: hai lý do vào viện thường gặp là chóng mặt (65,6%) và nặng ngực (46,9%). Bệnh mạch vành và tăng huyết áp là hai bệnh lý đi kèm thường gặp nhất.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Tần số tim của đối tượng nghiên cứu

Tần số tim	Thấp nhất	Nhanh nhất	Trung bình
	31	48	36,91 ± 3,80

Nhận xét: tần số tim thấp nhất ghi nhận được là 31 lần/phút.

Bảng 4. Đặc điểm NT-proBNP, troponin Ths của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
NT-proBNP (pg/mL)		
<1800	16	50
≥1800	16	50
NT-proBNP trung bình (ng/mL)	3442 ± 4413	
Troponin Ths trung bình (ng/mL)	0,6 ± 0,09	

Nhận xét: nồng độ troponin Ths và NT-proBNP trung bình cao.

Bảng 5. Đặc điểm block nhĩ thất qua điện tâm đồ 12 chuyển đạo

Đặc điểm điện tâm đồ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Block nhĩ thất độ II mobitz type II	8	25
Block nhĩ thất độ III	24	75

Nhận xét: block nhĩ thất độ III chiếm tỷ lệ cao, đến 75% bệnh nhân.

Bảng 6. Đặc điểm đối tượng qua siêu âm tim

Đặc điểm	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình
Phân suất tổng máu thất trái (%)	30	73	59,16 ± 8,35

Nhận xét: phân suất tổng máu thất trái thấp nhất ghi nhận được là 30%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $73,69 \pm 14,2$ gần tương tự nghiên cứu của tác giả Naoki Misumida là 74 ± 13 tuổi [6] và cao hơn của tác giả Chung Tấn Định với $64 \pm 16,5$ tuổi [2]. Từ đó, chúng tôi thấy rằng nhóm bệnh nhân cao tuổi dễ mắc rối loạn nhịp tim hơn, đặc biệt là các rối loạn nhịp nguy hiểm. Tỷ lệ nữ/nam gần bằng 1,29 lần, khác với nghiên cứu của tác giả Naoki Misumida tỷ lệ này là 0,96 [6] và theo Sean D. Pokorney là 0,74 [7], còn theo tác giả Chung Tấn Định thì tỷ lệ này là như nhau [2]. Nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Tri Thức [3] và Huỳnh Trung Cang [1] là tương tự chúng tôi với tỉ lệ này lần lượt là 1,69 và 1,38. Điều này cho thấy có sự khác biệt trong quần thể nghiên cứu ở đối tượng người Việt Nam và châu Âu.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy chóng mặt (65,6%) và nặng ngực (46,9%) là hai lý do vào viện thường gặp nhất. Điều này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Chung Tấn Định là chóng mặt (76,1%), đau ngực (56,5%) là một trong những triệu chứng cơ năng thường gặp ở bệnh nhân [2]. Theo tác giả Nguyễn Tri Thức thì chóng mặt (31%) và ngất (29,4%) là những triệu chứng cơ năng thường gặp và nổi bật nhất [3]. Chúng tôi thấy rằng bệnh nền kết hợp cao nhất trên đối tượng nghiên cứu là tăng huyết áp (81,3%), kèm theo đó bệnh mạch vành và rối loạn lipid máu. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tri Thức cho thấy bệnh đi kèm thường gặp ở bệnh nhân block nhĩ thất cao độ là tăng huyết áp (22,3%), đái tháo đường (7,6%), bệnh mạch vành (7,1%) [3], còn tác giả Sheldon M. Singh cho thấy những bệnh nhân có bệnh lý nền như tăng huyết áp (60,5%), rối loạn lipid máu (38,2%) là thường gặp nhất, với $p < 0,001$ [8]. Tác giả Uffe Jakob Ortved Gang, cũng nhận thấy tăng huyết áp và rối loạn lipid máu với tỉ lệ lần lượt là 39% và 54% là những bệnh nền thường gặp ở bệnh nhân block nhĩ thất cao độ [10].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi ghi nhận tần số tim thấp nhất là 31 lần/phút, tần số tim cao nhất là 48 lần/phút, trung bình là $36,91 \pm 3,80$ lần/phút. Tần số tim trung bình của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Huỳnh Trung Cang và Chung Tấn Định với tần số tim trước cấy máy là $40,6 \pm 7,6$ lần/phút [1] và $38,8 \pm 9,2$ lần/phút [2], có thể vì chúng tôi nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân block nhĩ thất cao độ, còn các tác giả trên nghiên cứu trên đối tượng nhịp chậm nói chung. Chúng tôi ghi nhận có sự gia tăng troponin T ở tất cả đối tượng nghiên cứu và NT-proBNP tăng cao, với trung bình NT-proBNP là 3442 ± 4413 pg/mL, chúng tôi giống với nghiên cứu của Uffe Jakob Ortved Gang, có sự tăng troponin T ở tất cả trường

hợp block nhĩ thất cao độ [9]. Qua điện tâm đồ 12 chuyển đạo, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có đến 75% trường hợp là block nhĩ thất độ III và 25% trường hợp là block nhĩ thất độ II mobitz type II, Nguyễn Tri Thức cũng ghi nhận có 56,9% trường hợp block nhĩ thất độ III được cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn ở 197 bệnh nhân nhịp tim chậm [3], Huỳnh Trung Cang cũng ghi nhận tỉ lệ block nhĩ thất chung là 60% [1], tác giả Uffe Jakob Ortved Gang cũng cho thấy block nhĩ thất độ III chiếm tỉ lệ cao đến hơn 85,7% [10]. Từ đó cho thấy block nhĩ thất độ III thường là gấp, đặc biệt ở bệnh nhân có bệnh mạch vành như nghiên cứu của Uffe Jakob Ortved Gang [10]. Kết quả siêu âm tim qua thành ngực của chúng tôi ghi nhận phân suất tống máu thất trái thấp nhất là 30%, trung bình là $59,16 \pm 8,35\%$ thấp hơn của tác giả Huỳnh Trung Cang với phân suất tống máu trung bình là $66,5 \pm 9,6\%$ [1], phân tích của Uffe Jakob Ortved Gang và cộng sự ghi nhận trên bệnh nhân block nhĩ thất cao độ có phân suất tống máu thất trái trung vị là 40%, khoảng tứ phân vị (30-50), $p < 0,001$ [9].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận rằng:

Tuổi trung bình của bệnh nhân block nhĩ thất cao độ là $73,69 \pm 14,2$. Trong đó, tỷ lệ nữ/nam là 1,29. Chóng mặt (65,6%) và nặng ngực (46,9%) là hai lý do vào viện thường gặp nhất. Tăng huyết áp (81,3%), bệnh mạch vành (68,8%) là hai bệnh nền phối hợp thường gặp nhất ở bệnh nhân block nhĩ thất cao độ.

Tần số tim trung bình là $36,91 \pm 3,80$ lần/phút và block nhĩ thất độ III là thường gặp nhất, chiếm 75%. Kết quả siêu âm tim qua thành ngực cho thấy phân suất tống máu thất trái trung bình là $59,16 \pm 8,35\%$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Trung Cang, Phạm Minh Thanh (2011), *Đánh giá kết quả cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang*, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 15, phụ bản số 4.
2. Chung Tấn Định (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị rối loạn nhịp chậm bằng cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Sóc Trăng*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Đại học Y dược Cần Thơ, Cần Thơ.
3. Nguyễn Tri Thức, Huỳnh Văn Minh (2014), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vai trò máy tạo nhịp hai buồng trong điều trị rối loạn nhịp chậm tại Bệnh viện Chợ Rẫy*, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 18, phụ bản số 2.
4. Angelo Auricchio, Michele Brignole, et al (2013), ESC guideline on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy: The task for on cardiac pacing and resynchronization therapy for of the European Society of Cardiology (ESC), *European Society of Cardiology* (15(8):1070), pp. 118.
5. Kenneth a. Ellenbog, Pugazhendhi vijayaraman et al (2017), Atrioventricular Conduction System Disease, *Clinical Cardiac Pacing, Defibrillation, and Resynchronization Therapy*, pp. 399-453.
6. Naoki Misumida, Gbolahan O Ogunbayo, et al (2018), Frequency and Significance of High -degree Atrioventricular Block and Sinoatrial Node Dysfunction in Patients with Non-ST-elevation Myocardial Infarction, *The American Journal of Cardiology* (2018).
7. Sean D. Pokorney, Christina Radder (2015), High-degree atrioventricular block, asystole, and electro-mechanical dissociation complicating non-ST-segment elevation myocardial infarction, *American Heart Journal*, Vol 171, pp 25-32.

8. Sheldon M. Singh, Gordon Fitz Gerald et al (2015), High-degree atrioventricular in acute coronary syndromes: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events, *European Heart Journal* (2015) 36, pp 976-983.
9. Uffe Jakob Ortved Gang, Anders Hvelplund, et al (2012), High-degree atrioventricular block complicating ST-segment elevation myocardial infarction in the era of primary percutaneous coronary intervention, *Europace* (2012) 14, pp.1639-1645.
10. Uffe Jakob Ortved Gang, Christian Jons, et al (2012), Risk markers of late high-degree atrioventricular block in patients with left ventricular dysfunction after an acute myocardial infarction: a CARISMA substudy, *Europace* (2011) 13, pp.1471-1477.

(Ngày nhận bài: 02/01/2021 - Ngày duyệt đăng: 03/04/2021)
