

**KHẢO SÁT TỶ LỆ RUNG NHĨ TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI  
SUY TIM MẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KHÁNH HÒA  
TỪ THÁNG 9/2020 ĐẾN THÁNG 2/2021**

*Dương Thị Bích Nguyệt\*, Trần Hải Yến*

*Trường Đại học Buon Ma Thuot*

*\*Email: dtbnguyet@bmtuvietnam.com*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Rung nhĩ và suy tim là hai vấn đề tim mạch thường gặp trên bệnh nhân cao tuổi và có liên quan đến tăng tỷ lệ tàn tật, tử vong. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ rung nhĩ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 174 bệnh nhân cao tuổi suy tim nhập viện tại khoa Nội Tim mạch – Lão học, bệnh viện Đa khoa Tỉnh Khánh Hòa từ tháng 9/2020-2/2021. Chẩn đoán rung nhĩ dựa vào tiền căn, điện tâm đồ trong thời gian nằm viện (kéo dài trên 30 giây). **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $76,8 \pm 9$ . 49/174 bệnh nhân có rung nhĩ, chiếm 28,2%. Phân độ NYHA có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ rung nhĩ ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Rung nhĩ là vấn đề thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi suy tim và việc tầm soát rung nhĩ là rất cần thiết.

**Từ khóa:** Người cao tuổi, rung nhĩ, suy tim.

**ABSTRACT**

**THE PREVALENCE OF ATRIAL FIBRILLATION IN ELDERLY  
PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AT KHANH HOA  
PROVINCE HOSPITAL FROM SEPTEMBER 2020 TO FEBRUARY 2021**

*Duong Thi Bich Nguyet\*, Tran Hai Yen*

*Buon Ma Thuot University*

**Background:** Atrial fibrillation (AF) and heart failure (HF) are two common cardiovascular problems in the elderly and they are associated with increased morbidity and mortality. **Objectives:** To determine the prevalence of atrial fibrillation in older patients with chronic heart failure. **Materials and method:** A cross-sectional study enrolled in 174 hospitalized older patients with heart failure in The Cardiovascular and Geriatric Center, Khanh Hoa Province Hospital from September 2020 to February 2021. The diagnosis of AF was based on history, ECG during hospital stay (tracing of  $\geq 30s$ ). **Results:** The mean age of the population was  $76.8 \pm 9$  years. 49 of 174 patients had AF, at 28.2%. NYHA class had a statistically significant relationship with AF ( $p < 0.05$ ). **Conclusions:** Atrial fibrillation was a common problem in the elderly with chronic heart failure and screening for AF is necessary.

**Keywords:** Atrial fibrillation, elderly, heart failure.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Rung nhĩ là một vấn đề lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi và đặc biệt ở những người bị suy tim. Tỷ lệ mắc rung nhĩ trong dân số chung cao và tăng theo tuổi với gần 75% bệnh nhân > 65 tuổi, số lượng người Mỹ trên 65 mắc rung nhĩ dự đoán sẽ vượt quá 12,1 triệu vào năm 2050 [9]. Rung nhĩ có liên quan đến việc tăng gấp 5 lần nguy cơ đột quỵ và gấp 2 lần tử vong [13]. Khoảng 30% bệnh nhân rung nhĩ có tái nhập viện ít nhất một lần trong 1 năm, 10% có  $\geq 2$  lần/năm, và các nguyên nhân nhập viện phổ biến nhất ở bệnh nhân rung nhĩ là do các bệnh lý tim mạch với 49%, trong đó suy tim chiếm tỷ lệ cao nhất [8]. Tỷ lệ bệnh nhân suy tim có rung nhĩ dao động từ 13% - 50%, thậm chí lên 57% ở bệnh nhân cao tuổi suy tim [4], [11], [12], [14]. Trong đó, tỉ lệ rung nhĩ dao động từ 5% ở bệnh nhân

suy tim phân độ NYHA I lên đến 50% NYHA IV [5], [14]. Rung nhĩ và suy tim thường tồn tại cùng nhau và đưa đến tiên lượng xấu hơn tình trạng đơn độc, giảm khả năng gắng sức, suy giảm hoạt động chức năng, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống (QoL), đặc biệt trên người cao tuổi. Từ đó, suy tim và rung nhĩ ngày càng trở thành vấn đề quan trọng và đang nổi lên như một vấn đề toàn cầu. Vì vậy nghiên cứu này được thực hiện để có cái nhìn khái quát hơn về tình trạng rung nhĩ trên bệnh nhân cao tuổi suy tim với mục tiêu xác định tỷ lệ rung nhĩ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi nhập viện được chẩn đoán suy tim mạn theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Tim mạch Châu Âu 2016 (ESC-2016) đang điều trị tại khoa Nội Tim mạch – Lão học bệnh viện Đa khoa Tỉnh Khánh Hòa từ tháng 9/2020 đến tháng 02/2021.

#### Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi nhập viện được chẩn đoán suy tim mạn theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Tim mạch Châu Âu 2016.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Tiền sử bệnh lý tuyến giáp, triệu chứng cường giáp trên lâm sàng.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

- Đã tham gia nghiên cứu nay tái nhập viện hoặc bệnh nhân tự ý xuất viện.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

**Cỡ mẫu:** Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu cần lấy;  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  với nguy cơ sai lầm  $\alpha = 0,05$  và khoảng tin cậy 95%; chọn  $p = 57\%$  [14]; d là sai số cho phép, chọn  $d = 0,1$ .

Theo công thức,  $n = 95$ . Trong nghiên cứu, số mẫu thực tế thu thập là  $n = 174$  bệnh nhân.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất.

#### Nội dung nghiên cứu:

- Hỏi thông tin hành chính, bệnh sử, tiền sử và thăm khám lâm sàng.

- Chẩn đoán suy tim mạn theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Tim mạch Châu Âu 2016 (ESC-2016).

- Thu thập kết quả xét nghiệm NT-proBNP, PSTMTT (EF) trên siêu âm tim bằng phương pháp Simpson do bác sĩ tim mạch thực hiện. Phân loại suy tim theo Hội Tim mạch Châu Âu 2016 (ESC-2016): HF<sub>r</sub>EF với  $EF < 40\%$ , HF<sub>mr</sub>EF với  $40\% \leq EF \leq 49\%$  và HF<sub>p</sub>EF với  $EF \geq 50\%$ .

- Ghi nhận rung nhĩ trên ECG kéo dài trên 30 giây.

**Xử lý và phân tích số liệu:** Nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2010 và xử lý bằng phần mềm Stata 14. Kiểm định chi bình phương để kiểm định mối liên quan giữa hai biến định tính. Khoảng tin cậy 95% được sử dụng trong khi phân tích, giá trị  $p < 0,05$  được xem có ý nghĩa thống kê.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

n = 174			
Đặc điểm dân số chung		Tần số	Tỷ lệ
Giới tính nữ		116	66,6%
Tuổi trung bình		76,8 ± 9 tuổi	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )		20,6 ± 2,6	
Phân độ NYHA	II	57	32,8%
	III	82	47,1%
	IV	35	20,1%
EF (%)		59,1 ± 13 %	
PSTMTT	EF < 40	19	10,9%
	EF 40 – 49%	18	10,4%
	EF ≥ 50%	137	78,7%
NT-proBNP (pg/mL)		5316,1 ± 12509,8	

Nhận xét: Trong 174 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nữ giới chiếm 66,7% (n=116). Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 76,8 ± 9 tuổi với BMI trung bình là 20,6 ± 2,6 kg/m<sup>2</sup>. Bệnh nhân được phân loại NYHA II là 32,8%, NYHA III 47,1% và NYHA IV với 20,1%. Phân suất tổng máu thất trái (EF) trung bình 59,1 ± 13 % với 78,7% bệnh nhân có HFpEF ≥ 50%.

#### 3.2. Tỷ lệ rung nhĩ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim

Bảng 2. Tỷ lệ rung nhĩ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim

		Rung nhĩ n (%)	Không rung nhĩ, n (%)	P
n (%)		49 (28,2)	125 (71,8)	
Giới	Nam	16 (27,6)	42 (72,4)	0,905
	Nữ	33 (28,5)	83 (71,5)	
Nhóm tuổi	60 - 79	30 (28)	77 (72)	0,963
	≥ 80	19(28,4)	48 (71,6)	
PSTMTT	EF < 40%	6 (31,6)	13 (68,4)	0,803
	EF 40-49%	6 (33,3)	12 (66,7)	
	EF ≥ 50%	37 (27)	100 (73)	
Phân độ NYHA	NYHA II	8 (14)	49 (86)	0,014
	NYHA III	28 (34,2)	54(65,8)	
	NYHA IV	13 (37,1)	22 (62,9)	

Nhận xét: Trong dân số bệnh nhân cao tuổi suy tim tham gia nghiên cứu ghi nhận 49/174 trường hợp có rung nhĩ, chiếm tỷ lệ 28,2%. Trong đó, sự khác biệt về tỷ lệ rung nhĩ và không rung nhĩ theo giới, nhóm tuổi và PSTMTT không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Phân độ NYHA ở 2 nhóm có và không có rung nhĩ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (p<0,05).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tuổi trung bình trong dân số nghiên cứu là  $76,8 \pm 9$  tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với tuổi của các nghiên cứu khác trên đối tượng cao tuổi suy tim trong và ngoài nước như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tấn Đạt (2014) và nghiên cứu AGES-Reykjavík (2017) với tuổi trung bình lần lượt là  $74,6 \pm 0,5$  và  $77,0 \pm 5,9$  tuổi [1], [6].

Trong 174 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nữ giới chiếm 66,7% (n=116), cao gấp 2 lần nam giới và đa phần bệnh nhân thuộc nhóm suy tim phân suất tống máu bảo tồn và khoảng giữa ( $EF \geq 40\%$ ) với 89,1%. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu về suy tim ở người cao tuổi với chủ yếu là suy tim EF bảo tồn. Theo thống kê của Hội Tim mạch Châu Âu (ESC 2016) và Hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA 2018) cũng cho thấy rằng đối với suy tim EF bảo tồn thì tỉ lệ nữ nhiều hơn nam, ngược lại đối với suy tim EF giảm ( $< 40\%$ ) thì nam chiếm tỉ lệ cao hơn nữ. Có thể do nữ mắc suy tim muộn hơn so với nam và tuổi thọ của nữ dài hơn nam giới [10], [9]. Điều này cũng phù hợp với nhận định giới nam là một yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch.

### 4.2. Tỷ lệ rung nhĩ ở bệnh nhân cao tuổi suy tim

Nghiên cứu ghi nhận 49/174 bệnh nhân có rung nhĩ, chiếm tỷ lệ 28,2%. Tỷ lệ rung nhĩ trên bệnh nhân suy tim nói chung ghi nhận qua nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước dao động từ 13% - 50%, thậm chí lên 57% ở bệnh nhân cao tuổi suy tim [2], [4], [11], [12]. Kết quả này cũng gần tương tự với kết quả của tác giả Nguyễn Duy Toàn và cộng sự với tỷ lệ 27,2% [3]. Tuy nhiên so với nghiên cứu gần đây của tác giả Châu Ngọc Hoa trên đối tượng suy tim từ 18 tuổi trở lên với 30,7%, tác giả Santhanakrishnan R và tác giả Urrutia A trên đối tượng cao tuổi suy tim khoảng 57% [2], [11], [14], tỷ lệ rung nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, điều này có thể do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, địa điểm và cỡ mẫu nghiên cứu.

Trong nhóm bệnh nhân rung nhĩ, nữ có tỷ lệ rung nhĩ cao hơn nam (28,5% so với 27,6%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,905$ . Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu trên đối tượng suy tim nói chung của tác giả Châu Ngọc Hoa với 35,3% là nam và 64,7% là nữ [2], sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,195$ . Qua nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cũng như giữa các khu vực khác nhau như các nước Châu Á, Châu Âu trong dân số chung và người cao tuổi cho thấy mối liên quan giữa rung nhĩ và giới tính chưa thực sự rõ ràng [7].

Ngoài ra, nhóm bệnh nhân rất cao tuổi ( $\geq 80$  tuổi) có tỷ lệ rung nhĩ 28,4%, gần tương đương với nhóm bệnh nhân từ 60 – 79 tuổi là 28%, và kết quả này khác so với một số nghiên cứu. Tỷ lệ hiện mắc rung nhĩ trong dân số nói chung tăng đều theo độ tuổi và trên bệnh nhân cao tuổi suy tim thì tỷ lệ rung nhĩ tăng gấp đôi mỗi thập kỷ ở bệnh nhân sau 50 tuổi. Theo nghiên cứu của Nguyễn Duy Toàn cũng cho thấy tỷ lệ này là 79,3% ở bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi [3]. Theo nghiên cứu của tác giả Urrutia A năm 2014 trên 2051 bệnh nhân cao tuổi suy tim nhập viện với tuổi trung bình  $78 \pm 8,6$  có sự khác nhau rõ giữa tỷ lệ rung nhĩ ở bệnh nhân dưới 75 tuổi và từ 75 tuổi trở lên (45,3% so với 57,8%,  $p < 0,001$ ) [14].

Bên cạnh đó, bệnh nhân có EF 40 – 49% có tỷ lệ rung nhĩ là 33,3%, ở nhóm bệnh nhân EF  $< 40\%$  là 31,6% và tỷ lệ này thấp nhất ở nhóm bệnh nhân có EF  $\geq 50\%$  với 27% ( $p = 0,803$ ). Kết quả này khác so với nghiên cứu của tác giả Châu Ngọc Hoa với bệnh nhân suy tim  $\geq 18$  tuổi, thì tỷ lệ bệnh nhân rung nhĩ chủ yếu là phân suất tống máu bảo tồn EF  $\geq 50\%$  là 53,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  [2]. Mối liên quan giữa phân suất tống máu thất trái và rung nhĩ trong nghiên cứu của tác giả Urrutia A năm 2014 cũng cho

thấy 74,6% ở bệnh nhân phân suất tống máu bảo tồn với  $EF \geq 45\%$ , cao hơn so với phân suất tống máu giảm 66,4% với  $EF < 45\%$ ,  $p = 0,001$  [14]. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về phân nhóm phân suất tống máu trong mẫu nghiên cứu.

Nhóm bệnh nhân phân độ NYHA IV có tỷ lệ rung nhĩ cao nhất là 37,1%, cao hơn nhóm bệnh nhân phân độ NYHA III với 34,2% và thấp nhất là nhóm bệnh nhân phân độ NYHA II với 14%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,014$ . Mọi liên quan giữa rung nhĩ và NYHA cũng thấy ở các nghiên cứu khác trên đối tượng suy tim nói chung cũng như suy tim trên đối tượng người cao tuổi trong và ngoài nước. Tỷ lệ rung nhĩ dao động từ 5% ở bệnh nhân suy tim NYHA I đến 26% ở bệnh nhân NYHA II/III và có thể lên đến 50% ở bệnh nhân suy tim nặng NYHA IV [2], [5], [14]. Nhìn chung các nghiên cứu đều cho thấy nhóm bệnh nhân có phân độ NYHA III và IV có tỉ lệ rung nhĩ cao hơn NYHA có phân độ thấp hơn.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu thực hiện trên 174 bệnh nhân cao tuổi suy tim nhập viện tại bệnh viện Đa Khoa tỉnh Khánh Hòa ghi nhận tỷ lệ rung nhĩ là 28,2%. Sự khác biệt tỷ lệ rung nhĩ giữa hai giới, nhóm tuổi và phân suất tống máu thất trái không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ rung nhĩ giữa các nhóm bệnh nhân theo phân độ NYHA ( $p = 0,014$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Đạt (2014), *Khảo sát sự tiến triển xấu chức năng thận trên bệnh nhân cao tuổi suy tim nhập viện*, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 35.
2. Châu Ngọc Hoa (2018), Khảo sát rung nhĩ trên bệnh nhân suy tim, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 23(2), tr. 157-162.
3. Nguyễn Duy Toàn, Nguyễn Oanh Oanh, Nguyễn Lâm Hiếu (2015), Nghiên cứu tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy tim mạn tính có rung nhĩ, *Tạp chí Y Dược Học Quân Sự*, (4), tr. 96-102.
4. Anter E, Jessup M, Callans D J (2009), Atrial Fibrillation and Heart Failure, *Circulation*, 119(18), pp. 2516-2525.
5. CONSENSUS Trial Study Group (1987), Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS), *N Engl J Med*, 316(23), pp. 1429-1435.
6. Danielsen R, Thorgeirsson G, Einarsson H, Ólafsson Ö, et al (2017), Prevalence of heart failure in the elderly and future projections: the AGES-Reykjavík study, *Scand Cardiovasc J*, 51(4), pp. 183-189.
7. Di Carlo A, Bellino L, Consoli D, Mori F, et al (2019), Prevalence of atrial fibrillation in the Italian elderly population and projections from 2020 to 2060 for Italy and the European Union: the FAI Project, *Europace*, 21(10), pp. 1468-1475.
8. Meyre P, Blum S, Berger S, Aeschbacher S, et al (2019), Risk of Hospital Admissions in Patients With Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-analysis, *Can J Cardiol*, 35(10), pp. 1332-1343.
9. Miyasaka Y, Barnes M E, Gersh B J, Cha S S, et al (2006), Secular trends in incidence of atrial fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and implications on the projections for future prevalence, *Circulation*, 114(2), pp. 119-125.
10. Regitz-Zagrosek V, Oertelt-Prigione S, Prescott E, Franconi F, et al (2016), Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes, *Eur Heart J*, 37(1), pp. 24-34.
11. Santhanakrishnan R, Wang N, Larson M G, Magnani J W, et al (2016), Atrial Fibrillation Begets Heart Failure and Vice Versa: Temporal Associations and Differences in Preserved Versus Reduced Ejection Fraction, *Circulation*, 133(5), pp. 484-492.

12. Trulock K M, Narayan S M, Piccini J P (2014), Rhythm control in heart failure patients with atrial fibrillation: contemporary challenges including the role of ablation, *J Am Coll Cardiol*, 64(7), pp. 710-721.
13. Wolf P A, Abbott R D, Kannel W B (1991), Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study, *Stroke*, 22(8), pp. 983-988.
14. Urrutia A, Cepeda JM, Formiga F, Manzano L, Conde-Martel A, et al (2015), High Prevalence of Atrial Fibrillation in Elderly Patients Hospitalized with Heart Failure, *International Journal of Clinical Cardiology*, 1:021, pp. 1-8.

(Ngày nhận bài: 08/10/2021 – Ngày duyệt đăng: 20/12/2021)

---