

thường gặp của điểm xuyên cân của nhánh xuyên lớn nhất so với MTLCT sẽ giúp nhanh chóng xác định được vật da.

V. KẾT LUẬN

Cung ĐM QNTS – ĐM BTT có tỷ lệ thông nổi và cho nhánh xuyên cao, vị trí xuyên cân của nhánh xuyên ra da tương đối hằng định ở mặt sau trong cẳng tay và cánh tay. Đây là cơ sở cho việc thiết kế và lấy vật da từ cung động mạch này để che phủ khuyết hổng vùng khuỷu hay làm vật tự do. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu lâm sàng để củng cố và bổ sung cho nghiên cứu giải phẫu, giúp tăng độ tin cậy khi sử dụng vật nhánh xuyên vùng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prantl L, Schreml S, Schwarze H, et al. A safe and simple technique using the distal pedicled reversed upper arm flap to cover large elbow defects. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2008;546-551.
2. Cherubino M, Bolletta A, Baroni T, et al. Anatomical Study and Clinical Application of Ulnar

- Artery Proximal Perforator Flaps. *J Reconstr Microsurg.* 2021:201-207.
3. Zang M, Yu S, Xu L, et al. Freestyle perforator-based propeller flap of medial arm for medial elbow reconstruction. *Microsurgery.* 2015:411-414.
4. Mateev MA, Trunov L, Hyakusoku H, Ogawa R. Analysis of 22 posterior ulnar recurrent artery perforator flaps: a type of proximal ulnar perforator flap. *Eplasty.* 2009:9-21.
5. Hayashi A, Maruyama Y. Anatomical study of the recurrent flaps of the upper arm. *Br J Plast Surg.* 1990:300-306.
6. Sun C, Hou ZD, Wang B, Ding ZH. An anatomical study on the characteristics of cutaneous branches-chain perforator flap with ulnar artery pedicle. *Plast Reconstr Surg.* Feb 2013; 131(2): 329-336. doi: 10.1097/PRS.0b013e318277884c
7. Mathes SJ, Nahai F. Classification of the Vascular Anatomy of Muscles: Experimental and Clinical Correlation. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 1981:177-187.
8. Perignon D, Havet E, Sinna R. Perforator arteries of the medial upper arm: anatomical basis of a new flap donor site. *Surg Radiol Anat.* 2013:39-48.

TỶ LỆ VÀ CÁC ĐẶC ĐIỂM CỦA CƠN TẦN SỐ NHỈ NHANH Ở BỆNH NHÂN CẤY MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN HAI BUỒNG TIM

Nguyễn Khắc Lê Sơn¹, Kiều Ngọc Dũng², Nguyễn Khắc Thiên Chương¹, Nguyễn Quốc Hoàng¹, Võ Thái Duy¹, Trần Cao Đạt¹, Dương Thành Luân¹, Đặng Quang Toàn³, Hoàng Văn Sỹ⁴, Nguyễn Tri Thức¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cơn tần số nhĩ nhanh (Atrial High Rate Episodes: AHREs) có thể được phát hiện thông qua các thiết bị điện cấy trong tim. Tuy nhiên, tỷ lệ và các đặc điểm của nó vẫn chưa được xác định rõ. **Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ và các đặc điểm của cơn tần số nhĩ nhanh ở bệnh nhân cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng tim. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu bao gồm 145 bệnh nhân (tuổi trung bình 64.46 ± 16.38 , nữ giới chiếm 53.1%) không có rung nhĩ lâm sàng được thực hiện từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 01 năm 2022. Cơn tần số nhĩ nhanh được định nghĩa là những cơn nhịp nhĩ có tần số ≥ 190 lần/phút khi kiểm tra máy tạo nhịp. **Kết quả:** Sau 06 tháng theo dõi, cơn tần số nhĩ nhanh chiếm Tỷ lệ 30.34%. Có sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có AHRE và nhóm không có AHRE về tiền căn sử dụng thuốc chống loạn nhịp trước cấy máy ($p=0.001$), tiền sử nhịp nhanh kịch phát trên thất ($p<0.001$), tỷ lệ phần trăm ngoại tâm thu nhĩ trên Holter điện tim 24 giờ trước cấy máy và sức căng dọc thành thất trái (LV-GLS) ($p=0.036$). **Kết luận:** Tỷ lệ cơn tần số nhĩ nhanh sau 6 tháng theo dõi là 30,34%. Trong đó tiền sử sử dụng thuốc chống loạn nhịp, tiền sử có nhịp nhanh trên thất, tỷ lệ % ngoại tâm thu nhĩ trên Holter điện tâm đồ 24 giờ trước cấy máy và sức căng dọc thành thất trái thì tâm thu khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có AHRE và không có AHRE.

Từ khóa: cơn tần số nhĩ nhanh (atrial high rate episode: AHRE), sức căng dọc thành (global longitudinal strain: GLS), rung nhĩ dưới lâm sàng

SUMMARY

PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF ATRIAL HIGH-RATE EPISODES IN PATIENTS WITH DUAL-CHAMBER PACEMAKER

Background and Objectives: Atrial high-rate episodes (AHREs) can be detected by cardiovascular implantable electronic devices. However, the prevalence and characteristics of AHREs have not been well identified. **Methods:** This prospective cohort study included 145 patients (median age 64.46

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Y Dược Huế

³Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Kiều Ngọc Dũng

Email: kndung.22ncs007@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023

Ngày duyệt bài: 5.01.2024

± 16.38 years, 53.1% female) without atrial fibrillation (AF) from December 2020 to January 2022. AHREs was defined as a programmed atrial detection rate \geq 190 beats per minute. **Results:** During 6 months of following up, AHREs occurred in 30.34% patients. There were statistically significant differences between the AHRE group and no AHRE group in terms of using anti-arrhythmic drugs before implantation ($p=0.001$), history of paroxysmal supra-ventricular tachycardia ($p<0.001$), the percentage of premature atrial contraction on 24 hour Holter electrocardiogram ($p<0.001$) and left ventricular global longitudinal strain (LV-GLS) ($p=0.036$). **Conclusions:** The prevalence of AHRE during 6 months of follow-up was 30.34%. This study showed that history of supra-ventricular tachycardia and using anti-arrhythmic drugs, the percentage of premature atrial contraction on 24 hour electrocardiogram Holter monitoring and LV-GLS were statistically significant differences between the group with AHRE and no AHRE.

Keywords: atrial high rate episodes (AHRE), global longitudinal strain (GLS), subclinical atrial fibrillation

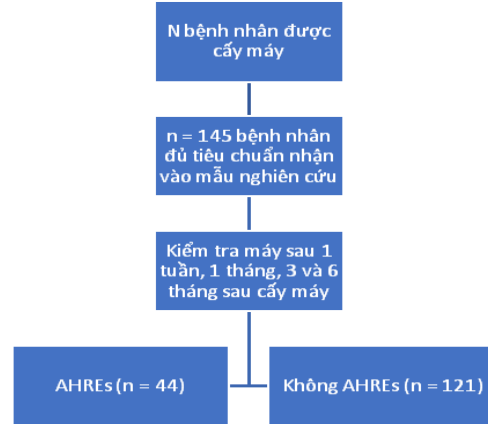
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ trên lâm sàng thường xuất hiện trước đó dưới dạng rối loạn nhịp nhĩ nhanh dưới lâm sàng và không triệu chứng hoặc là những cơn tần số nhĩ nhanh im lặng¹. Trong đó cơn tần số nhĩ nhanh kéo dài trên 5 phút được cho là có ý nghĩa lâm sàng. Phải nhấn mạnh rằng những bệnh nhân với cơn tần số nhĩ nhanh nên được đánh giá xem có bị rung nhĩ thật sự hay không và có gia tăng nguy cơ đột quỵ não hay không². Bệnh nhân có thiết bị điện tim cấy trên người thường mắc các bệnh kèm theo làm thúc đẩy vào cơn rung nhĩ. Khi đó những thiết bị này giúp theo dõi liên tục điện tim của bệnh nhân và phát hiện những cơn tần số nhĩ nhanh (AHRE: atrial high rate episode) im lặng. Cơn tần số nhĩ nhanh được phát hiện qua các thiết bị này trên bệnh nhân chưa từng có tiền căn rung nhĩ có thể tiên lượng các kết cục tử vong lâu dài và được chứng minh là làm tăng nguy cơ xuất hiện rung nhĩ trên lâm sàng, tăng đột quỵ và huyết khối hệ thống². Vì vậy, nghiên cứu này được thiết kế để đánh tỷ lệ và các đặc điểm của cơn tần số nhĩ nhanh trên bệnh nhân có các thiết bị điện tim cấy trong người tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu "tỷ lệ và các đặc điểm của cơn căn tần số nhĩ nhanh ở bệnh nhân cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng tim" là một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu, đơn trung tâm được thực hiện tại khoa và phòng khám Điều trị Rối loạn nhịp - Bệnh viện Chợ Rẫy. Thời gian nghiên cứu được thực hiện từ

01/12/2020 đến 31/01/2022. Chúng tôi lấy mẫu liên tục toàn bộ bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nhận vào, không có tiêu chuẩn loại trừ được cấy máy tạo nhịp tim hai buồng tim tại khoa Điều trị Rối loạn nhịp - Bệnh viện Chợ Rẫy.



Hình 1: Sơ đồ nghiên cứu Tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ

Dân số nghiên cứu bao gồm tất cả bệnh nhân có chỉ định cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng tim theo hướng dẫn năm 2018 đánh giá và điều trị rối loạn nhịp chậm và chậm trễ dẫn truyền của Hiệp hội Tim Hoa Kỳ/Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ/Hiệp hội Nhịp tim thế giới. Trong tổng số 145 bệnh nhân thu nhận vào được cấy máy tạo nhịp hai buồng của các hãng Medtronic (Ensura DR MRI SureScan Pacing System, Medtronic, Inc.), St.Jude Medical (Assurity PM2240), Biotronik (Evity 8 DR-T; Biotronik, Berlin, Germany) có các chỉ định thuộc 3 nhóm: hội chứng suy nút xoang, block nhĩ thất và ngất do phản xạ thần kinh. Chúng tôi đã thu thập dữ liệu về các đặc điểm nhân khẩu học cơ bản của từng bệnh nhân, thông tin lâm sàng, điện tâm đồ 12 chuyển đạo, xét nghiệm sinh hóa, các thông số về siêu âm tim để đánh giá chức năng tâm thu và tâm trương của thất trái, các thuốc đang uống trước cấy máy. Trong đó có chỉ số đánh giá sức căng dọc thành tim thất trái (GLS-LV) được đo bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim với máy Vivid E95 (General Electric, Fairfield, CT, USA). Holter điện tim, điện tâm đồ gắng sức, và siêu âm tim qua lồng ngực được thực hiện trước khi cấy máy tạo nhịp tim. Cơn rung nhĩ được ghi nhận trên điện tâm đồ chuẩn 12 chuyển đạo, Holter điện tim, hoặc điện tâm đồ gắng sức là tiêu chuẩn loại trừ lấy mẫu. Chúng tôi cũng loại trừ ra khỏi mẫu các bệnh nhân tử vong trong vòng 6 tháng sau cấy máy hoặc những bệnh nhân mất dấu, không thu thập được dữ liệu kiểm tra máy trong vòng 6 tháng sau cấy

máy. Bệnh nhân được kết nối kiểm tra máy tại phòng khám Rối Loạn nhịp lúc 1 tuần, 1, 3, và 6 tháng sau khi cấy máy tạo nhịp tim. Chúng tôi ghi nhận các thông số về tỷ lệ tạo nhịp nhĩ và thất, các thông số về ngưỡng, nhận cảm và trở kháng. Theo "đồng thuận của Hiệp hội Nhịp tim Châu Âu năm 2017 về nhịp nhanh nhĩ dưới lâm sàng phát hiện bởi thiết bị" các cơn tần số nhĩ nhanh (AHRE) được định nghĩa là những nhịp nhĩ tần số ≥ 190 lần/phút và kéo dài ít nhất 10 phút được phát hiện khi truy xuất dữ liệu khám máy bệnh nhân. Chúng tôi ghi nhận thêm thời gian kéo dài của các cơn AHRE cũng như ngày xuất hiện của AHRE.

Xử lý số liệu. Nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) và Microsoft Excel 2016. Biến định tính được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ %. Biến định lượng được mô tả bằng số trung bình \pm độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hoặc bằng trung vị kèm khoảng tứ phân vị (nếu phân phối không chuẩn) và số trung bình kèm chỉ số nhỏ nhất và lớn nhất nếu không thể mô tả bằng khoảng tứ phân vị. So sánh tỷ lệ: phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher's exact test. So sánh 2 số trung bình nếu phân phối chuẩn chúng tôi dùng phép kiểm t-test còn phân phối không chuẩn thì dùng phép kiểm Mann Whitney. Phân tích mối liên quan giữa các biến độc lập và sự xuất hiện cơn tần số nhĩ nhanh theo mô hình hồi quy logistic đơn biến, đa biến hoặc hồi quy Cox. Các phép kiểm được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được sự chấp thuận của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch theo công văn số 445/HĐĐĐ-TĐHYKPNT ngày 11/12/202. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục đích phục vụ cho bệnh nhân và xã hội, không có mục đích vụ lợi, không tổn hại đến sức khỏe, tinh thần của bệnh nhân. Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tôn trọng bí mật riêng tư của bệnh nhân và được sự chấp thuận của bệnh nhân. Tất cả các thông tin của bệnh nhân được xử lý dưới hình thức số liệu, không nêu danh tính bệnh nhân. Những xét nghiệm cận lâm sàng trong nghiên cứu là những xét nghiệm thường quy, không xâm lấn. Nghiên

cứ của chúng tôi không can thiệp vào quá trình điều trị, không ảnh hưởng đến kết quả điều trị cũng như tâm lý bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các đặc điểm nền của dân số nghiên cứu. Từ 01/12/2020 đến 31/01/2022, nghiên cứu của chúng tôi thu nhận vào 145 bệnh nhân với thời gian theo dõi 6 tháng sau cấy máy. Độ tuổi trung bình là $64,46 \pm 16,38$, nữ giới chiếm 53,1%. Chỉ định cấy máy tạo nhịp do hội chứng suy nút xoang chiếm tỷ lệ 58,62%, block nhĩ thất độ 3 chiếm tỷ lệ 37,93%, còn lại là ngắt do phản xạ thần kinh. Điểm CHA2DS2_VASc trung bình là 2,00 [1,00-3,00]. Trong các bệnh nhân tham gia nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được các bệnh đồng mắc và bệnh kèm theo, trong đó, chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng huyết áp với 57,24% và bệnh mạch vành (44,44%). Với 1/5 dân số có bệnh tim cấu trúc (20%) và gần 1/5 dân số mắc đái tháo đường (18,62%); tất cả đều không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm.

Về thuốc trước đặt máy ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm thuốc chẹn thụ thể beta với $p=0,016$, nhóm sử dụng chẹn thụ thể beta ghi nhận AHRE nhiều hơn nhóm không sử dụng. Ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa về thuốc chống loạn nhịp ở 2 nhóm với nhóm sử dụng thuốc chống loạn nhịp nhiều thì tỷ lệ AHRE cao hơn với $p=0,005$.

Về tình trạng loạn nhịp trước đặt máy, rối loạn nhịp nhanh trên thất ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm với tỷ lệ cao hơn (43,18% so với 13,86%) bệnh nhân AHRE có loạn nhịp nhanh trên thất với $p < 0,001$. Về tỷ lệ % ngoại tâm thu nhĩ đo được khi đeo Holter cho bệnh nhân trước đặt máy, ghi nhận ở bệnh nhân AHRE có tỷ lệ cao hơn (2,53% so với 0,33%) với $p < 0,001$.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được về các thông số siêu âm tim, trong đó thông số GLS_LV là đo sức căng dọc thành tim thất trái thì tâm thu có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm $-19,97 \pm 4,13$ so với $-18,00 \pm 4,64$ với $p=0,036$. Tuy nhiên khi phân tích sâu hơn chia làm 2 nhóm $GLS_LV \leq -18\%$ và $> -18\%$ thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm, $p=0,065$.

Bảng 1: Đặc điểm nền của dân số nghiên cứu (n=145)

Đặc điểm	Tổng(n=145)	AHRE (n=44)	Không AHRE (n=101)	P
Nữ giới n (%)	77 (53,10%)	26 (55,09%)	51 (50,50%)	0,340
Tuổi (năm)	$64,46 \pm 16,38$	$64,95 \pm 17,06$	$64,24 \pm 16,15$	0,809
BMI (kg/m ²)	$22,74 \pm 3,18$	$22,40 \pm 2,71$	$22,89 \pm 3,67$	0,400
CHA2DS2_VASc	2,00 [1,00-3,00]	2,00 [1,00-3,75]	2,00 [2,00-3,00]	0,868

Suy tim n (%)	10 (6,94%)	1 (2,27%)	9 (8,91%)	0,155
Bệnh mạch vành mạn n (%)	64 (44,44%)	19 (43,18%)	45 (44,55%)	0,968
Tăng huyết áp n (%)	83 (57,24%)	27 (61,36%)	56 (55,45%)	0,508
Đái tháo đường n (%)	27 (18,62%)	5 (11,36%)	22 (21,78%)	0,138
Đột quy/TIAs n (%)	11 (7,59%)	2 (4,55%)	9 (8,91%)	0,361
Bệnh mạch máu ngoại biên n (%)	3 (2,07%)	0 (0,00%)	3 (2,97%)	0,248
Block nhĩ thất n (%)	55 (37,93%)	12 (27,27%)	43 (42,57%)	0,213
Suy nút xoang n (%)	85 (58,62%)	30 (68,18%)	55 (54,46%)	0,213
Tạo nhịp nhĩ (%)	15,00 [0,00-69,65]	7,90 [0,45-63,35]	22,30 [0,00-75,00]	0,567
Tạo nhịp thất (%)	25,00[0,00-100,00]	13,50[0,00-99,25]	45,00[0,00-100,00]	0,702
Ức chế men chuyển/thụ thể n (%)	74 (51,39%)	23 (52,27%)	51 (50,50%)	0,888
Kháng thụ thể mineralocorticoid n (%)	11 (7,64%)	1 (2,27%)	10 (9,90%)	0,108
Statin n (%)	81 (56,25%)	27 (61,36%)	54 (53,47%)	0,412
Thuốc chống loạn nhịp trước cấy máy n (%)	9 (6,21%)	7 (15,91%)	2 (1,98%)	0,001
Tiền sử nhịp nhanh trên thất n (%)	33 (22,76%)	19 (43,18%)	14 (13,86%)	<0,001
Tỷ lệ ngoại tâm thu nhĩ trên Holter điện tim 24 giờ trước cấy máy (%)	0,99 [0,00-31,00]	2,53 [0,00-31,00]	0,33 [0,00-7,40]	<0,001
eGFR (mL/min/1,73m ²)	78,85 ± 23,86	78,25 ± 23,07	79,12 ± 24,31	0,842
CRP (mg/L)	3,30 [0,40-12,45]	2,50 [0,20-15,90]	3,45 [0,40-10,53]	0,972
Hồng cầu (g/L)	127,69 ± 16,19	128,41 ± 14,29	127,38 ± 17,02	0,725
Bạch cầu (G/L)	8,42 ± 2,88	8,53 ± 3,00	8,37 ± 2,84	0,764
LAd (mm)	34,98 ± 6,87	33,38 ± 7,24	35,69 ± 6,62	0,069
LAVI (mL/m ²)	21,12 ± 11,61	19,71 ± 8,45	21,72 ± 12,72	0,369
E (cm/s)	74,48 ± 30,26	76,44 ± 31,20	73,61 ± 29,97	0,615
E/A	1,19 ± 0,84	1,22 ± 0,80	1,18 ± 0,86	0,798
E/E'Ave	8,94 ± 4,78	8,24 ± 4,02	9,25 ± 5,08	0,256
DT (ms)	209,03 ± 85,40	198,03 ± 67,36	213,90 ± 92,20	0,342
LVEDd (mm)	48,10 ± 6,34	48,06 ± 5,75	48,11 ± 6,61	0,965
LVESd (mm)	31,35 ± 6,03	31,04 ± 5,12	31,48 ± 6,41	0,693
LVEF (%)	63,54 ± 10,14	65,23 ± 7,70	62,79 ± 11,00	0,195
GLS_LV (%)	-18,55 ± 4,57	-19,97 ± 4,13	-18,00 ± 4,64	0,036
GLS_LV ≤ -18% n (%)	70 (59,32%)	24 (54,55%)	46 (45,54%)	0,065

BMI: Body mass index; eGFR: Estimated glomerular filtration rate; CRP: C-reactive protein; LAd: (Left atrial diameter) đường kính nhĩ trái; LAVI: (Left atrial volume index) chỉ số thể tích nhĩ trái; DT: Declaration time; LVEDd: (Left ventricular end diastolic diameter) đường kính thất trái cuối tâm trương; LVESd: (Left ventricular end systolic diameter) đường kính thất trái cuối tâm thu; LVEF: (left ventricular ejection fraction) phân suất tống máu thất trái; GLS_LV: (Left ventricular global longitudinal strain) sức căng dọc thành thất trái

Đặc điểm cơn tần số nhĩ nhanh trong dân số nghiên cứu. Nhiều nhất là AHRE dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ 12,41%, sau đó là AHRE 3 – 6 tháng với tỷ lệ 17,93%, thấp nhất là AHRE 1 – 3 tháng với tỷ lệ 6,90%. Khi phân tích sâu hơn về dân số AHRE (n = 44), chúng tôi ghi nhận tần số AHRE trung bình là 235 lần/phút, thời gian cơn trung vị là 76,50 giây với tứ phân vị [25% - 75%] là [16,00 – 762,00]. Thời gian phát hiện

cơn AHRE đầu tiên là 28,50 ± 14,48 ngày.

Bảng 2: Đặc điểm của AHRE

Đặc điểm	Kết quả
AHRE n (%)	44 (30,34%)
AHRE > 6 phút n (%)	18 (40,91%)
AHRE tần số (lần/phút)	235,00 ± 91,33
Thời gian AHRE (giây) [25% - 75%]	76,50 [16,00 – 762,00]
Ngày xuất hiện AHRE đầu tiên	28,50 ± 14,48

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ có AHRE. Tỷ lệ xuất hiện cơn tần số nhĩ nhanh trong nghiên cứu của chúng tôi là 30,34% (44 ca AHRE trong tổng số 145 bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp. Kết quả này cũng tương đồng với các báo cáo theo đồng thuận 2017 của Hiệp Hội Nhịp Tim Châu Âu là từ 10 – 30%. Có một số lý do có thể xảy ra cho điều này: (1) rung nhĩ được chẩn đoán bằng cách sử dụng điện tâm đồ; rất dễ bỏ sót chẩn đoán khi bệnh nhân rung nhĩ kịch phát không có triệu

chúng với tần suất thấp và thời gian ngắn. (2) hầu hết các AHRE là rung nhĩ, cuồng nhĩ hoặc nhanh nhĩ không có triệu chứng hoặc ngắn hạn. Tuy nhiên, khi các rối loạn nhịp nhanh khác, chẳng hạn như nhịp nhanh xoang, nhịp nhanh kịch phát trên thất, hoặc nhịp nhanh thất với dẫn truyền ngược dòng nhĩ thất 1: 1, đạt tiêu chuẩn chẩn đoán AHRE chúng sẽ được chẩn đoán là AHRE bởi các thiết bị ghi này. (3) chẩn đoán AHRE dương tính giả cũng có thể do nhận cảm nhĩ quá mức, bị hiện tượng far-field của sóng R, hoặc các nhiễu tín hiệu bên ngoài khác.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hoàng Quỳnh Huệ và cộng sự công bố năm 20213. Tỷ lệ AHRE trong nghiên cứu của Hoàng Quỳnh Huệ là 32,8% cao hơn của chúng tôi nhưng không nhiều. Có thể do tác giả nghiên cứu theo dõi trong khoảng thời gian dài hơn là 1 năm. Nghiên cứu của chúng tôi trong thời gian 6 tháng sau đặt máy cho tất cả các bệnh nhân.

Thuốc chống loạn nhịp. Trong nghiên cứu Hideyuki Kishima công bố năm 2020, tác giả phát hiện sử dụng thuốc chẹn beta là một yếu tố nguy cơ tiên lượng cho AHRE khi phân tích đơn biến với HR 2,12; khoảng tin cậy 95% (1,10 – 4,08), $p=0,0354$. Một nghiên cứu rất có giá trị khác đó là phân tích dưới nhóm của nghiên cứu MOST5 trên 312 bệnh nhân. Tỷ lệ có sử dụng thuốc chống loạn nhịp lúc nhập viện là 29% ở nhóm AHRE so với chỉ 11% ở nhóm không có AHRE, $p=0,001 < 0,05$ khác biệt rất có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi rất phù hợp với phát hiện của Kishima và nghiên cứu dưới nhóm của MOST5. Điều này có thể giải thích là khi các bệnh nhân có tiền căn sử dụng thuốc chống loạn nhịp để điều trị các rối loạn nhịp nhĩ trước đó thể hiện bệnh nhân đã có nền tảng bất thường về điện học hoặc cấu trúc tim nhiều hơn. Bệnh nhân sẽ dễ phát sinh các cơn tần số nhĩ nhanh trong đó có thể là nhanh nhĩ, cuồng nhĩ, rung nhĩ dưới lâm sàng,...

Tỷ lệ % ngoại tâm thu nhĩ trên Holter điện tim 24 giờ trước cấy máy. Trong nghiên cứu đa trung tâm về tần suất và các yếu tố nguy cơ của AHRE trên 816 bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp tim hai buồng của tác giả Kim Min công bố năm 2020 cho thấy khi tỷ lệ ngoại tâm thu nhĩ trên 1% được phát hiện trên Holter ECG trước khi đặt máy có sự khác biệt giữa 2 nhóm có AHRE và không có AHRE. Tỷ lệ ngoại tâm thu nhĩ trên 1% trên nhóm AHRE là 14,3% so với chỉ 5% trên nhóm không xuất hiện AHRE, $p=0,0056$. Phát hiện trên nghiên cứu của chúng

tôi giống với nghiên cứu của tác giả Kim Min. Chúng ta biết rằng định nghĩa của AHRE đó là bất kể cơn nhịp nhanh nào ở nhĩ mà có tần số > 190 lần/phút. Các bệnh nhân có tỷ lệ ngoại tâm thu nhĩ càng nhiều, phản ảnh các rối loạn nhịp ở nhĩ càng nhiều thì càng dễ xuất hiện AHRE là điều dễ hiểu. Điều này phản ánh các tổn thương chất nền và tạo xơ sẹo ở nhĩ càng nhiều, càng dễ thúc đẩy vào AHRE và rung nhĩ.

Tiền căn nhịp nhanh trên thất. Phân tích dưới nhóm của nghiên cứu MOST5 trên 312 bệnh nhân. Trong đó nhóm có AHRE là 160 bệnh nhân và không AHRE là 152 bệnh nhân, tỷ lệ có nhịp nhanh trên thất trước đặt máy là 81% ở nhóm AHRE so với chỉ 39% ở nhóm không có AHRE, $p=0,001 < 0,05$ khác biệt rất có ý nghĩa thống kê. Phát hiện của chúng tôi hoàn toàn tương đồng với điều được rút ra từ nghiên cứu dưới nhóm của nghiên cứu MOST đã được đăng trên tạp chí Circulation. Đây là một trong những nghiên cứu mở đường cho các hiểu biết về AHRE cho đến ngày nay.

Sức căng dọc thành thất trái thì tâm thu (GLS). GLS thông báo về nguy cơ rung nhĩ kể cả khi chưa thấy có bệnh tim cấu trúc và các yếu tố nguy cơ lâm sàng khác. Tham vọng của chúng tôi là tiến xa hơn một bước nữa. Dùng GLS để tiên lượng một thể sớm của rung nhĩ đó là rung nhĩ dưới lâm sàng. Trong hiểu biết của mình, chúng tôi nhận thấy đây có thể là nghiên cứu đầu tiên báo cáo về mối liên quan giữa GLS và AHRE ở Việt Nam và có thể là trên thế giới.

Một nghiên cứu đoàn hệ được thực hiện bởi Russo⁷ và cộng sự cho thấy GLS là một yếu tố dự báo đáng chú ý cho rung nhĩ ở cộng đồng bệnh nhân lớn tuổi. Nhóm bệnh nhân có rung nhĩ thì GLS là $-17,2 \pm 3,0$ so với nhóm không có rung nhĩ là $-15,2 \pm 4,1$; $p<0,001$ rất có ý nghĩa thống kê. Tác giả cũng phân tích chia nhóm lấy chỉ số cut-off của GLS là $-14,7\%$ với nhóm $>-14,7\%$ chiếm 16,8% ở nhóm không rung nhĩ so với 46,9% ở nhóm có rung nhĩ; $p<0,0017$. Nghiên cứu của tác giả Flemming Javier Olsen⁸ công bố tháng 8 năm 2021 trên 1309 bệnh nhân. Kết quả cho thấy GLS bất thường sẽ làm tăng nguy cơ mắc rung nhĩ hơn 2 lần (HR = 2,16; khoảng tin cậy 95% (1,26 – 3,72) so với nhóm có GLS trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên tác giả cũng báo cáo chỉ khoảng 60% bệnh nhân trong nghiên cứu đo được GLS, một lượng lớn bệnh nhân không đo được do lớn tuổi, chỉ số BMI cao và bệnh lý tim mạch nền nặng nề. So sánh với nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân được đo GLS là 122/145 đạt đến

85%. Điều này cho thấy nỗ lực rất lớn của chúng tôi khi so sánh hai mẫu dân số khác biệt không nhiều và chứng tỏ nghiên cứu này rất có giá trị.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cơn tần số nhĩ nhanh sau 6 tháng theo dõi là 30,34%. Trong đó tiền sử sử dụng thuốc chống loạn nhịp, tiền sử có nhịp nhanh trên thất, tỷ lệ % ngoại tâm thu nhĩ trên Holter điện tâm đồ 24 giờ trước cấy máy và sức căng dọc thành thất trái thì tâm thu khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có AHRE và không có AHRE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Boriani G, Vitolo M, Imberti JF, Potpara TS and Lip G. What do we do about atrial high rate episodes? European Heart Journal Supplements. 2020;22:O42-O52.
2. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, Castella M, Diener HC, Heidbuchel H, Hendriks J, Hindricks G, Manolis AS, Oldgren J, Popescu BA, Schotten U, Van Putte B, Vardas P, Agewall S, Camm J, Baron Esquivias G, Budts W, Carerj S, Casselman F, Coca A, De Caterina R, Deftereos S, Dobrev D, Ferro JM, Filippatos G, Fitzsimons D, Gorenek B, Guenoun M, Hohnloser SH, Kolh P, Lip GY, Manolis A, McMurray J, Ponikowski P, Rosenhek R, Ruschitzka F, Savelieva I, Sharma S, Suwalski P, Tamargo JL, Taylor CJ, Van Gelder IC, Voors AA, Windecker S, Zamorano JL and Zeppenfeld K. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. European journal of cardio-thoracic surgery : official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery. 2016;50:e1-e88.
3. Hoàng QH, Trần SG and Đặng ĐM. Nghiên cứu các rối loạn nhịp nhĩ nhanh ở bệnh nhân mang máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng trên 1 năm. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;Tập 504.
4. Kishima H, Mine T, Fukuhara E and Ishihara M. Left ventricular stiffness assessed by diastolic Wall strain predicts asymptomatic atrial high-rate episodes in patients with pacemaker implantation. Journal of cardiology. 2021;77:195-200.
5. Lamas GA, Lee K, Sweeney M, Leon A, Yee R, Ellenbogen K, Greer S, Wilber D, Silverman R, Marinchak R, Bernstein R, Mittleman RS, Lieberman EH, Sullivan C, Zorn L, Flaker G, Schron E, Orav EJ and Goldman L. The mode selection trial (MOST) in sinus node dysfunction: design, rationale, and baseline characteristics of the first 1000 patients. American heart journal. 2000;140:541-51.
6. Kim M, Kim TH, Yu HT, Choi EK, Park HS, Park J, Lee YS, Kang KW, Shim J, Sung JH, Oh IY and Joung B. Prevalence and Predictors of Clinically Relevant Atrial High-Rate Episodes in Patients with Cardiac Implantable Electronic Devices. Korean circulation journal. 2021;51:235-247.
7. Russo C, Jin Z, Sera F, Lee ES, Homma S, Rundek T, Elkind MS, Sacco RL and Di Tullio MR. Left Ventricular Systolic Dysfunction by Longitudinal Strain Is an Independent Predictor of Incident Atrial Fibrillation: A Community-Based Cohort Study. Circulation Cardiovascular imaging. 2015;8:e003520.
8. Olsen FJ, Biering-Sørensen SR, Reimer Jensen AM, Schnohr P, Jensen GB, Svendsen JH, Møgelvang R and Biering-Sørensen T. Global longitudinal strain predicts atrial fibrillation in individuals without hypertension: A Community-based cohort study. Clinical research in cardiology: official journal of the German Cardiac Society. 2021;110:1801-1810.

ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA COVID-19 LÊN TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT GIAI ĐOẠN 2016-2022

Phùng Ngọc Cẩm Tiên¹, Phạm Thị Thu Hiền¹, Trần Thị Phương Mai¹,
Trần Thị Hồng Nguyên², Lê Đặng Minh Anh², Nguyễn Thị Hải Yến²,
Lê Đặng Tú Nguyên^{1,2}, Võ Thành Toàn¹, Lê Đình Thanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá sử dụng thuốc là vấn đề vừa cần thiết vừa cấp thiết trong bối cảnh hiện nay.
Mục tiêu nghiên cứu: Phân tích tình hình sử dụng thuốc và ảnh hưởng của COVID-19 lên các chỉ số sử

dụng thuốc tại Bệnh viện Thống Nhất giai đoạn 2016-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bán can thiệp ứng dụng phương pháp phân tích chuỗi thời gian gián đoạn sử dụng dữ liệu sử dụng thuốc của toàn bộ người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 01 năm 2016 đến tháng 06 năm 2022. **Kết quả:** Nghiên cứu đã ghi nhận 1.528.842 ca bệnh ngoại trú, tuổi trung bình là khoảng 59 tuổi. Các ca bệnh được kê trung bình 3,5 loại thuốc trong khoảng thời gian trước đại dịch COVID-19, sau đó tăng lên cao nhất là 4,3 loại vào tháng 8/2022, chỉ số này đã tăng 10% so với giá định nếu không có COVID-19. Tỷ lệ đơn thuốc có kháng sinh lại giảm có ý nghĩa thống kê theo thời gian và sự

¹Bệnh viện Thống Nhất

²Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Thanh

Email: ledinhthanhvmc@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 4.01.2024