

TÌM HIỂU CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ ĐỘT QUY NÃO TRÊN BỆNH NHÂN RUNG NHĨ KHÔNG DO BỆNH VAN TIM

BSCKII. BÙI THỊ MINH THU, TS. VŨ HÀ NGÀ SƠN
BCKII. VŨ THỊ THANH HẢI, ThS. HÀ NGỌC TIẾN
Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: TS. NGUYỄN VĂN TUYẾN
Giám đốc Trung tâm Đột quy, Bệnh viện TƯQĐ 108

TÓM TẮT: Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ đột quy não, đánh giá theo thang điểm CHADS2 và CHADS2-VAS ở 110 bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim. **Kết luận:**

Các yếu tố nguy cơ lần lượt là suy tim (72,73%), tuổi ≥ 75 (66,36%), tăng huyết áp (64,55%), tiền sử đột quy và cơn thiếu máu não thoáng qua (44,54%), giới tính nữ (35,45%) và đái tháo đường (24,55%). Điểm CHADS2 trung bình là $3,21 \pm 1,68$ và điểm CHADS2-VAS trung bình là $4,78 \pm 2,11$. Tỷ lệ bệnh nhân rung nhĩ có tiền sử đột quy tăng cùng với sự gia tăng của điểm CHADS2 và điểm CHADS2-VAS ($p < 0,001$). Bệnh nhân có tiền sử đột quy não thì có điểm CHADS2 ($4,4 \pm 0,75$) và điểm CHADS2-VAS ($5,9 \pm 1,02$) cao hơn các bệnh nhân không có tiền sử đột quy não (lần lượt là $2,94 \pm 1,72$ điểm và $4,53 \pm 2,21$ điểm), với $p < 0,001$. Điểm CHADS2 và điểm CHADS2-VAS trung bình của các bệnh nhân rung nhĩ mạn tính (lần lượt là $3,42 \pm 1,59$ và $5,1 \pm 1,97$ điểm) cao hơn ở các bệnh nhân rung nhĩ kịch phát (lần lượt là $2,56 \pm 1,82$ và $3,81 \pm 2,27$ điểm), với $p < 0,05$.

Từ khóa: Rung nhĩ, đột quy não, yếu tố nguy cơ.

ABSTRACT: Study on the risk factors for brain stroke, evaluate by CHADS2 and CHADS2-VAS scale in 110 patients with atrial fibrillation without valvular disease. **Concluded:**

The risk factors were heart failure (72.73%), aged 75 years and older (66.36%), hypertension (64.55%), history of stroke and transient brain ischemia (44.54%), female sex (35.45%) and diabetes (24.55%). The average CHADS2 score was 3.21 ± 1.68 and the average CHADS2-VAS score was 4.78 ± 2.11 . The rate of patients suffering from atrial fibrillation with a history of stroke increased with the increase of CHADS2 and CHADS2-VAS scores ($p < 0.001$). Patients with a history of brain stroke had CHADS2 score (4.4 ± 0.75) and CHADS2-VAS score (5.9 ± 1.02) were higher than patients without a history of brain stroke (respectively was 2.94 ± 1.72 points and 4.53 ± 2.21 points), with $p < 0.001$. The average CHADS2 score and CHADS2-VAS score of patients with chronic atrial fibrillation (3.42 ± 1.59 and 5.1 ± 1.97 points, respectively) were higher than in patients with paroxysmal atrial fibrillation (2.56 ± 1.82 and 3.81 ± 2.27 points respectively), with $p < 0.05$.

Keywords: Atrial fibrillation, brain stroke, risk factors.

Chịu trách nhiệm nội dung: BCKII. Bùi Thị Minh Thu, Email: buiminhtubv354@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 28/3/2019; chấp nhận đăng: 15/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Rung nhĩ (RN) là rối loạn nhịp tim hay gặp nhất. RN làm tăng tỉ lệ tử vong và các biến chứng bệnh lí tim mạch. RN làm tăng 3-5 lần nguy cơ bị đột quy não, tăng 3 lần nguy cơ bị suy tim và tăng có ý nghĩa nguy cơ tử vong từ 1,5-3 lần. Nguy cơ đột quy do RN luôn cao ở mọi lứa tuổi.

Mặc dù RN thường đi kèm các bệnh lí tim mạch hay các yếu tố nguy cơ khác, nhưng có khoảng 30% bệnh nhân (BN) bị RN vô căn. Các yếu tố nguy cơ gây RN bao gồm tuổi cao, giới nam, uống rượu, rối loạn chức năng tuyến giáp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đái tháo đường, các bệnh lí tim mạch, tăng huyết áp, bệnh lí van tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, các bệnh cơ tim, suy tim, bệnh tim bẩm sinh, hội chứng tiền kích

thích (Wolff-Parkinson-White), phì đại tâm thất trái, mới phẫu thuật tim hoặc ngoài tim. Ngoài ra, còn nhiều yếu tố khác có vai trò quan trọng trong khởi phát và duy trì RN. Các yếu tố nguy cơ lâm sàng đối với đột quy do tắc mạch huyết khối ở BN RN không có bệnh van tim liên quan đến sự ứ huyết nhĩ trái, và đây chính là nền tảng hình thành huyết khối ở BN RN. Các yếu tố này bao gồm tuổi, tăng huyết áp, suy tim ứ huyết, đái tháo đường, tiền sử đột quy-tai biến mạch máu não thoáng qua, bệnh mạch máu ngoại vi và giới nữ.

Thang điểm CHADS2, CHA2DS2-VASc là hệ thống thang điểm được áp dụng rộng rãi trong tiên lượng nguy cơ đột quy não; là cơ sở để dùng thuốc chống đông dự phòng. Năm 2006, Hội Tim mạch Mỹ và châu Âu đã khuyến cáo dùng thang

điểm CHADS2 trong phân tầng nguy cơ đột quỵ ở BN RN không do bệnh van tim và chỉ định sử dụng thuốc chống đông. Trên thế giới và trong nước, đã có nhiều nghiên cứu thang điểm CHADS2, CHA2DS2-VASc trong đánh giá tiên lượng nhập viện, huyết khối có nguyên nhân từ tim, dự báo nguy cơ đột quỵ nhồi máu não...

Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu tìm hiểu các yếu tố nguy cơ đột quỵ theo thang điểm CHADS2, CHA2DS2-VASc trên BN RN không do bệnh van tim.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

110 BN RN không do bệnh van tim, điều trị nội trú tại Khoa Tim mạch, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 1/2016-7/2017. Loại trừ BN đang mắc các bệnh cấp tính như nhiễm trùng, suy tim cấp, suy gan, suy thận nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Phương pháp tiến hành: các BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được khám bệnh, thu thập số liệu (về lâm sàng, cận lâm sàng) theo mẫu hồ sơ nghiên cứu thống nhất.

- Đánh giá nguy cơ tắc mạch huyết khối theo điểm CHADS2: cho 1 điểm khi có suy tim xung huyết, tăng huyết áp, tuổi ≥ 75 , đái tháo đường và cho 2 điểm khi có tiền sử đột quỵ hoặc tai biến mạch máu não thoáng qua. Theo thang điểm CHADS2-VAS: tương tự CHADS2 cộng thêm 3 yếu tố: cho 1 điểm khi tuổi từ 65-74, có bệnh mạch máu ngoại vi và giới nữ.

- Xử lý số liệu: bằng chương trình phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

- Tuổi đời: BN phân bố từ 52-95 tuổi, trung bình $76,5 \pm 9,6$ tuổi.

- Giới tính: 71 BN (64,55%) nam và 39 BN (35,45%) nữ.

- Đặc điểm RN và các yếu tố liên quan:

Bảng 1. Đặc điểm RN và các yếu tố liên quan.

Đặc điểm RN và yếu tố liên quan	Số BN (n = 110)	Tỉ lệ %
RN mạn tính	83	75,45
RN kịch phát	27	24,55
Có uống aspirin	24	21,82
Uống kháng vitamin K	1	0,91
Uống rượu	47	42,73
Hút thuốc	57	51,82
Hạn chế vận động	29	26,36
Mắc bệnh COPD	49	44,55

- Các yếu tố nguy cơ lâm sàng theo CHADS2:

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ lâm sàng theo CHADS2.

Yếu tố nguy cơ	Số BN (n = 110)	Tỉ lệ %
Suy tim	80	72,73
Tăng huyết áp	71	64,55
Tuổi > 75	73	66,36
Đái tháo đường	27	24,55
Tiền sử ĐQN	20	18,18
Bệnh MMNV	30	27,27
Giới nữ	39	35,45

- Tính điểm CHADS2 và CHADS2-VAS:

Bảng 3. Điểm CHADS2 và CHADS2-VAS (n = 110).

Điểm	CHADS2		CHADS2-VAS	
	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %
0	6	5,45	2	1,82
1	14	12,73	4	3,64
2	20	18,18	13	11,82
3	20	18,18	13	11,82
4	20	18,18	17	15,45
5	21	19,09	18	16,36
6	9	8,18	17	15,45
7	-	-	15	13,64
8	-	-	8	7,27
9	-	-	3	2,73
Trung bình	$3,21 \pm 1,68$		$4,78 \pm 2,11$	

- So sánh 2 nhóm BN có và không có tiền sử đột quỵ não:

Bảng 4. Yếu tố lâm sàng các BN có và không có tiền sử đột quỵ não.

Yếu tố lâm sàng	Có tiền sử đột quỵ (n = 20)	Không đột quỵ (n = 90)	p
CHADS2 (điểm)	$4,4 \pm 0,75$	$2,94 \pm 1,72$	< 0,001
CHADS2-VAS (điểm)	$5,9 \pm 1,02$	$4,53 \pm 2,21$	< 0,001
Tuổi	$80,3 \pm 10,7$	$75,7 \pm 9,3$	> 0,05
BMI	$21,1 \pm 1,88$	$21,35 \pm 2,28$	> 0,05
THA	60%	65,56%	> 0,05
ĐTĐ	15%	20%	> 0,05
Suy tim	80%	71,11%	> 0,05
Hút thuốc lá	57%	47,78%	> 0,05
COPD	56%	41,11%	> 0,05
Uống aspirin	15%	23,33%	> 0,05

- Đặc điểm lâm sàng ở BN RN mạn tính và kịch phát:

Bảng 5. Lâm sàng của BN RN mạn tính và RN kịch phát.

Lâm sàng	RN mạn tính (n = 83)	RN kịch phát (n = 27)	p
CHADS2 (điểm)	3,42 ± 1,59	2,56 ± 1,82	< 0,01
CHADS2-VAS (điểm)	5,1 ± 1,97	3,81 ± 2,27	< 0,05
Tuổi	77,6 ± 8,9	73,3 ± 11,0	> 0,05
BMI	21,47 ± 2,31	20,78 ± 1,97	> 0,05
Tăng huyết áp	63,86%	66,67%	> 0,05
Đái tháo đường	16,87%	25,93%	> 0,05
Suy tim	83,13%	40,74%	< 0,01
Đột quỵ	19,28%	14,81%	> 0,05
COPD	48,19%	33,33%	> 0,05
Bệnh mạch máu	31,32%	24,81%	> 0,05
Hút thuốc lá	49,4%	59,26%	> 0,05
Có uống aspirin	26,5%	7,4%	< 0,05

4. BÀN LUẬN.

Các yếu tố nguy cơ lâm sàng đối với đột quỵ do tắc mạch huyết khối ở BN RN không do bệnh van tim là các yếu tố liên quan đến sự ứ huyết nhĩ trái. Đây chính là nền tảng hình thành huyết khối ở BN RN. Các yếu tố này bao gồm tuổi ≥ 75 , tăng huyết áp, suy tim ứ huyết, đái tháo đường, tiền sử đột quỵ hoặc tai biến mạch máu não thoáng qua, bệnh mạch máu ngoại vi và giới nữ.

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu này là 76,5 ± 9,6; tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Trí trên 207 BN cao tuổi có RN không do bệnh van tim tại Bệnh viện Trưng Vương (trung bình 72,8 ± 8,3 tuổi); song cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Thúc Quang (127 BN RN không do bệnh van tim, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 có tuổi trung bình 65,8 ± 10,0), hay Zabalgoitia M (tuổi trung bình BN RN là 69 ± 9). Theo một số thống kê, khoảng 5% người trên 65 tuổi và 10% người trên 80 tuổi bị RN.

Tỉ lệ các yếu tố nguy cơ lâm sàng được phân bố gồm tăng huyết áp (64,59%), tiền sử đột quỵ (18,18%), đái tháo đường (19,09%). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Bùi Thúc Quang và Zabalgoitia M. Tuy nhiên, tỉ lệ BN suy tim (72,73%) và tuổi ≥ 75 (66,36%) trong nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn so với hai tác giả trên.

Điểm CHADS2 trung bình là 3,21 ± 1,68 và đa số ở mức 2, 3, 4, 5 điểm; điểm CHADS2-VAS trung bình là 4,78 ± 2,11. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Thúc Quang (điểm CHADS2 trung bình là 1,8 ± 1,4; điểm CHADS2-VAS trung bình là 2,8 ± 1,6), có thể do số BN có tuổi > 75 và tỉ lệ BN nữ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn.

22,73% BN có uống thuốc chống đông, trong đó chủ yếu là aspirin (96%). Số có điểm CHADS2-VAS từ 2 điểm trở lên là 104 BN, theo khuyến cáo nên sử dụng thuốc chống đông, nhưng chỉ 24,03% có uống thuốc. Tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Trí (67,7% có uống thuốc chống đông, trong đó 87,7% dùng kháng vitamin K).

Kết quả nghiên cứu cho thấy BN RN tiền sử đột quỵ có điểm CHADS2 (4,4 ± 0,75) và CHADS2-VAS (5,9 ± 1,02) cao hơn nhóm không đột quỵ có ý nghĩa thống kê (lần lượt là 2,94 ± 1,72 và 4,53 ± 2,21 điểm, p < 0,001). Tỉ lệ BN có tiền sử đột quỵ gia tăng cùng với điểm CHADS2 và CHADS2-VAS có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Điều này cho thấy, BN RN không có bệnh van tim nếu có phối hợp càng nhiều yếu tố nguy cơ lâm sàng thì khả năng bị đột quỵ càng cao. Kết quả này của chúng tôi cũng giống nghiên cứu của Bùi Thúc Quang và Nguyễn Văn Trí.

Khi phân tích riêng lẻ các yếu tố nguy cơ cho thấy, BN RN tiền sử đột quỵ có tuổi trung bình, tỉ lệ suy tim, hút thuốc lá, mắc bệnh COPD cao hơn các BN không có tiền sử đột quỵ, tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Như vậy, tuổi già là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với đột quỵ ở BN RN không có bệnh van tim. Chính vậy, năm 2010, Hội Tim mạch châu Âu đưa ra hướng dẫn mới về điều trị RN đã bổ sung thêm thang điểm CHADS2-VAS. Trong 3 điểm mới được bổ sung (tuổi 65-74, nữ và bệnh mạch máu ngoại vi), yếu tố tuổi giữ vai trò quan trọng trong cơ chế gây đột quỵ ở BN RN không do bệnh van tim như đã đề cập trên.

Điểm CHADS2 và CHADS2-VAS trung bình của các BN RN mạn tính (lần lượt là 3,42 ± 1,59 và 5,1 ± 1,97 điểm) cao hơn ở các BN RN kịch phát (lần lượt 2,56 ± 1,82 và 3,81 ± 2,27 điểm), khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Giữa các BN RN mạn tính và RN kịch phát không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các yếu tố nguy cơ, các triệu chứng lâm sàng. Điều này cho thấy nguy cơ gây đột quỵ ở các BN này là như nhau. Do đó, trong chiến lược điều trị dự phòng huyết khối ở BN RN kịch phát và RN mạn tính là giống nhau, đồng thời phụ thuộc vào điểm CHADS2 và điểm CHADS2-VAS.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ đột quỵ não, đánh giá theo thang điểm CHADS2 và CHADS2-VAS ở 110 BN RN không do bệnh van tim, chúng tôi rút ra kết luận:

- Các yếu tố nguy cơ lần lượt là suy tim (72,73%), tuổi ≥ 75 (66,36%), tăng huyết áp (64,55%), tiền sử đột quỵ và cơn thiếu máu não thoáng qua (44,54%), giới tính nữ (35,45%) và đái tháo đường (24,55%). Điểm CHADS2 trung bình là $3,21 \pm 1,68$ và điểm CHADS2-VAS trung bình là $4,78 \pm 2,11$.

- Tỷ lệ BN RN có tiền sử đột quỵ tăng cùng với sự gia tăng của điểm CHADS2 và điểm CHADS2-VAS ($p < 0,001$). BN có tiền sử đột quỵ não thì có điểm CHADS2 ($4,4 \pm 0,75$) và điểm CHADS2-VAS ($5,9 \pm 1,02$) cao hơn các BN không có tiền sử đột quỵ não (lần lượt $2,94 \pm 1,72$ điểm và $4,53 \pm 2,21$ điểm, $p < 0,001$). Điểm CHADS2 và điểm CHADS2-VAS trung bình của các BN RN mạn tính (lần lượt là $3,42 \pm 1,59$ và $5,1 \pm 1,97$ điểm) cao hơn ở các BN RN kịch phát (lần lượt là $2,56 \pm 1,82$ và $3,81 \pm 2,27$ điểm), với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bùi Thúc Quang và cộng sự (2015), "Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ tắc mạch huyết khối lâm sàng bằng thang điểm CHADS2 và CHADS2-VAS ở BN rung nhĩ không do bệnh van tim", *Tạp chí Y dược học*, Trường Đại học Y dược Huế, số 11.

2. Nguyễn Văn Trí và cộng sự (2017), "Tỷ lệ điều trị kháng đông theo thang điểm CHADS2-VAS ở người cao tuổi rung nhĩ không do bệnh van tim tại Bệnh viện Trung Vương", *Tạp chí Tim mạch học*.

3. Miyasaka Y, Barnes M.E, Gersh B.J et al (2006), *Seculartrends in incidence of atrial fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and implications on the projections for future prevalence*. Circulation, 114 (2): 119-25.

4. Lloyd-Jones D.M, Wang T.J, Leip E.P et al (2004), *Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study*, Circulation, 110 (9): 1042-6.

5. 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): 983-8.

6. Lin H.J, Wolf P.A, Kelly-Hayes M et al (1996), *Stroke severity in atrial fibrillation: The Framingham Study*, Stroke, 27 (10): 1760-4. □

KẾT QUẢ QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG...

(Tiếp theo trang 33)

- Biến cố tim mạch trong 1 năm quản lý, điều trị ở các BN THA: THA khẩn cấp 1,27%; đột quỵ não cấp 1,03%; nhồi máu cơ tim cấp 0,35%; đau thắt ngực 5,43%; suy tim mới 0,81%; suy thận mới 1,04%. Ở nhóm BN ĐTĐ: THA khẩn cấp 1,21%; đột quỵ não cấp 0,75%; nhồi máu cơ tim cấp 0,45%; đau thắt ngực 4,37%; suy tim mới 0,61%; suy thận mới 1,36%; hạ glucose máu 0,9%; đục thủy tinh thể 32,7%; glaucome 0,6%; bệnh võng mạc 0,15%; biến chứng bệnh thần kinh ngoại vi 4,82%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tăng huyết áp", *Quyết định số 3192/QĐ-BYT*, ngày 31/8/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2011), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2", *Quyết định số 3280/QĐ-BYT* ngày 09/9/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Đồng Văn Thành và CS (2012), "Tổng kết 10 năm triển khai mô hình quản lý, điều trị ngoại trú có kiểm soát bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện Bạch Mai và 22 bệnh viện khác", http://vnha.org.vn/upload/hoinghi/BAO_CAO_07.10_BS.Thanh_A1.pdf

4. Nguyễn Thị Hồng Vân (2010), "Nghiên cứu mô hình quản lý, theo dõi, điều trị có kiểm soát bệnh đái tháo đường tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí Y học thực hành* (762), số 4/201, tr. 137-139.

5. Phan Anh Phong và CS (2010), "Nghiên cứu đánh giá hiệu quả mô hình quản lý, theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh THA ở Hà Nam", <https://123doc.org/document/3069355-nghien-cuu-danh-gia-hieu-qua-mo-hinh-quan-ly-theo-doi-va-dieu-tri-co-kiem-soat-benh-tang-huyet-ap-o-ha-nam.htm>.

6. Phan Long Nhơn và CS (2016), "Đánh giá kết quả điều trị, quản lý 400 BN tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Bồng Sơn, Bình Định", *Tạp chí Y dược học*, số 31, tr. 31-40.

7. Tạ Văn Bình (2006), *Bệnh đái tháo đường - tăng glucose máu*, Nhà xuất bản Y học, 2006.

8. Tạ Văn Bình (2006), *Nghiên cứu theo dõi biến chứng đái tháo đường ở BN đến khám lần đầu tại Bệnh viện Nội tiết*, Nhà Xuất bản Y học, 2006. □