https://doi.org/10.59459/1859-1655/JMM.483

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHỊP TIM TRÊN HOLTER ĐIỆN TÂM ĐỒ Ở BỆNH NHÂN MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Hà Ngọc Tiến[1]*, Đỗ Quốc Thịnh[2], Lương Công Thức[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Khảo sát các rối loạn nhịp tim trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bằng ghi Holter điện tâm đồ 24 giờ.*

Đối tượng và phương pháp: *Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 70 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 5/2023 đến tháng 5/2024. Đánh giá các rối loạn nhịp tim trên điện tâm đồ cơ bản và Holter điện tâm đồ 24 giờ theo Nguyễn Quang Tuấn (2013).*

Kết quả: *Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 71,4 ± 8,1 tuổi. Tỉ lệ bệnh nhân nam/nữ = 6/1. Đa số bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào (75,7%). Thời gian mắc bệnh trung bình là 6,5 ± 3,5 năm, trong đó, bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 5 năm chiếm 60,0%. Tăng huyết áp (68,6%), rối loạn lipid máu (34,3%) và đái tháo đường (22,9%) là các bệnh lí kết hợp hay gặp trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Holter ECG 24 giờ phát hiện các trường hợp có các rối loạn nhịp tim: nhịp xoang nhanh: 78,6%, ngoại tâm thu nhĩ: 68,6%, ngoại tâm thu thất: 54,3%, rung nhĩ: 14,3%, nhịp nhanh trên thất: 7,1% và nhịp nhanh thất: 4,3%.*

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, rối loạn nhịp tim, điện tâm đồ.

ABSTRACT

Objectives: *Investigation of cardiac arrhythmias in patients with chronic obstructive pulmonary disease by 24-hour Holter electrocardiography.*

Subjects and methods: *Prospective, cross-sectional study on 70 inpatients Chronic obstructive pulmonary disease, treatment at 354 Military Hospital, from May 2023 to May 2024. Assessment of arrhythmias on baseline ECG and 24-hour Holter ECG according to Nguyen Quang Tuan (2013).*

Results: *The average age of the patients was 71,4 ± 8,1. The ratio of male/female = 6/1. Most of patients had smoking (75,7%). The duration of disease was 6,5 ± 3,5 years, patients have above 5 years of disease duration was 60,0%. The common combined diseases in patients with COPD were hypertension (68,6%), lipid disorder (34,3%) and diabetes (22,9%). Holter monitoring electrocardiography has detected arrhythmias: sinus tachycardia: 78,6%, atrial premature complex: 68,6%, ventricular premature complex: 54,3%, atrial fibrillation: 14,3%, supraventricular tachycardia: 7,1% and ventricular tachycardia: 4,3%.*

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, cardiac arrhythmias, electrocardiography.

Chịu trách nhiệm nội dung: Hà Ngọc Tiến, Email: hangoctien106@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/7/2024; mời phản biện khoa học: 8/2024; chấp nhận đăng: 08/8/2024.

[1]Bệnh viện Quân y 354.

[2]Bệnh viện Quân y 103.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic obstructive pulmonary disease - COPD) là tình trạng viêm niêm mạc đường thở mạn tính do luồng khí bị tắc nghẽn ở phổi. Các triệu chứng bệnh bao gồm khó thở, ho, tiết chất nhầy và thở khò khè… Người bệnh COPD thường có nguy cơ mắc bệnh tim, ung thư phổi và nhiều bệnh lí nguy hiểm khác. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) dự đoán, COPD sẽ trở thành nguyên nhân bệnh lí gây tử vong đứng hàng thứ ba trong các bệnh lí gây tử vong (sau nhồi máu cơ tim và đột quỵ não) [9]. Tại Việt Nam, theo kết quả điều tra dịch tễ toàn quốc từ năm 2006-2009, tỉ lệ mắc COPD ở người trên 40 tuổi khoảng 4,2% [1].

Nguyên nhân gây tử vong trên bệnh nhân (BN) COPD thường do suy hô hấp cấp tính hoặc mạn tính, nhiễm trùng, bệnh mạch vành, suy tim và các rối loạn nhịp tim (RLNT) [10]. Theo nghiên cứu của Maclay J.D (2013), nguyên nhân phổ biến dẫn đến tử vong ở BN COPD là do các biến cố tim mạch; đặc biệt là các

RLNT [11]. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến COPD như tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), tình trạng hút thuốc lá, giảm oxy máu và toan hô hấp cũng là các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng RLNT [12], [13].

Các rối loạn nhịp trên thất, đặc biệt là rung nhĩ là loại RLNT thường gặp ở BN COPD [14]. Trong đợt cấp của COPD, loại RLNT thường gặp nhất là ngoại tâm thu thất [15]. Tỉ lệ RLNT trên BN COPD có sự khác nhau giữa các nghiên cứu, phụ thuộc vào đặc điểm quần thể nghiên cứu (như mức độ nặng của COPD, tình trạng suy hô hấp… hoặc phương pháp phát hiện RLNT như ghi điện tâm đồ (Electrocardiogram - ECG) tại một thời điểm hay ghi Holter ECG 24 giờ. Do vậy, xác định những thay đổi bất thường và các RLNT ở BN COPD có thể giúp thầy thuốc và BN phát hiện sớm các biến cố tim mạch, góp phần giảm tỉ lệ tử vong trên đối tượng BN này.

Tại Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về các bệnh đồng mắc ở BN COPD, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu về RLNT trên BN COPD. Chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm RLNT ở BN COPD bằng ghi Holter ECG 24 giờ.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

70 BN có chẩn đoán xác định COPD, điều trị nội trú tại Khoa Nội Tim - thận - khớp, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 5/2023 đến tháng 5/2024.

Loại trừ các BN mắc lao/nấm phổi đang hoạt động, cường giáp chưa ổn định, rối loạn điện giải; BN có chống chỉ định hoặc không đo được chức năng hô hấp; BN mắc bệnh lí tự miễn, ung thư, nhiễm HIV; BN suy tim hoặc bệnh van tim nặng, bệnh tim thiếu máu cục bộ, có RLNT ảnh hưởng đến huyết động; BN suy gan, bệnh thận mạn giai đoạn cuối; BN làm Holter ECG không đủ 24 giờ; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Chọn mẫu: thuận tiện.

- Chẩn đoán xác định COPD theo GOLD 2018 [1]:

+ BN trên 40 tuổi, có tiền sử tiếp xúc với yếu tố nguy cơ (hút thuốc lá, tiếp xúc bụi, khí độc…)

+ BN có ho, khạc đờm, khó thở mạn tính nhiều năm (ho khạc đờm ít nhất 3 tháng/năm, trong ít nhất 2 năm liên tiếp; khó thở tăng dần và hay có các đợt nhiễm khuẩn tái diễn).

+ Khám thấy lồng ngực căng giãn, gõ vang, rì rào phế nang giảm; có dấu hiệu Hoover, Campbell, ran rít, ran ngáy, ran ẩm lan tỏa; có dấu hiệu tâm phế mạn khi bệnh phát triển nhiều năm.

+ X quang phổi chuẩn có hình ảnh: phổi bẩn, khí thũng.

+ Đo chức năng thông khí phổi: FEV1/FVC < 70% sau test phục hồi phế quản.

- Phương pháp tiến hành:

+ Tất cả các BN đều được khám lâm sàng và làm các xét nghiệm (theo mẫu bệnh án nghiên cứu). BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được tiến hành đo chức năng thông khí phổi, mang Holter ECG 24 giờ.

+ Khảo sát đặc điểm RLNT và các biến đổi ECG trên ECG cơ bản và Holter ECG 24 giờ.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính; tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào; bệnh đồng mắc (tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn, rối loạn lipid máu).

+ Các RLNT trên BN (phát hiện qua ECG và ghi Holter ECG 24 giờ, thực hiện bởi kĩ thuật viên Khoa Nội Tim - thận - khớp, Bệnh viện Quân y 354): nhịp nhanh xoang, chậm xoang, rung nhĩ, cuồng nhĩ, nhanh nhĩ đa ổ, ngoại tâm thu nhĩ, ngoại tâm thu thất, nhanh thất thoáng qua, nhanh thất bền bỉ, rung thất.

- Phương tiện nghiên cứu: máy ghi ECG và Holter ECG 24 giờ SEER 1000 của hãng General Electronic.

- Đánh giá kết quả ECG và Holter ECG 24 giờ theo Nguyễn Quang Tuấn (2013) [5].

- Đạo đức: nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao hiệu quả đánh giá, chất lượng chẩn đoán và điều trị BN COPD. BN được giải thích đầy đủ về mục đích, yêu cầu và nội dung nghiên cứu; hiểu rõ và đồng ý tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin của người bệnh được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.

- Xử lí số liệu: theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Kết quả định tính thể hiện bằng các tỉ lệ %. Kết quả định lượng thể hiện bằng trị số trung bình ± độ lệch chuẩn (SD). Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố BN theo tuổi và giới tính

Tuổi (năm)	Nam	Nữ	Tổng
< 60	4 (5,7%)	0	4 (5,7%)
Từ 60-69	24 (34,3%)	2 (2,8%)	26 (37,1%)
Từ 70-79	23 (32,8%)	6 (8,6%)	29 (41,4%)
≥ 80	9 (12,9%)	2 (2,8%)	11 (15,7%)
Tổng	60 (85,7%)	10 (14,3%)	70 (100%)
Trung bình	70,7 ± 8,1	76,2 ± 6,6	71,4 ± 8,1

BN trung bình 71,4 ± 8,1 tuổi; trong đó, BN từ 60-79 tuổi chiếm 78,5%. BN nam (85,7%) nhiều hơn BN nữ (14,3%); tỉ lệ BN nam/nữ = 6/1.

Bảng 2. Tiền sử hút thuốc lá/thuốc lào

Tiền sử	Nam	Nữ	Tổng
Không	8 (11,4%)	9 (12,9%)	17 (24,3%)
Có	52 (74,3%)	1 (1,4%)	53 (75,7%)
Thời gian hút thuốc (n = 53)	24,68 ± 7,99		
Lượng thuốc hút (bao/năm)	31,66 ± 13,52		

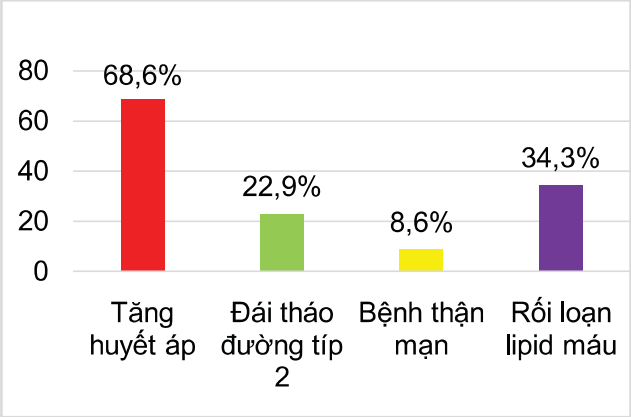
75,7% BN có tiền sử hút thuốc lá, trong đó đa số là nam giới (74,3%). Thời gian hút thuốc trung bình của BN là 24,68 ± 7,99 năm. Trung bình mỗi BN có hút thuốc hút 31,66 ± 13,52 bao/năm.

Bảng 3. Phân bố BN theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Số BN	Tỉ lệ %
Dưới 5 năm	28	40,0
Từ 5-10 năm	29	41,4
Trên 10 năm	13	18,6
Tổng	70	100
Trung bình ($\overline{X}$ ± SD; min-max)	6,5 ± 3,5 (2-14)	

Thời gian mắc bệnh trung bình của BN là 6,53 ± 3,45 (năm). Trong đó, BN có thời gian mắc bệnh từ 5-10 năm chiếm tỉ lệ cao nhất (41,4%).

- Bệnh lí kết hợp trên BN COPD:



Biểu đồ 1. Bệnh lí kết hợp trên BN COPD.

Bệnh lí kết hợp gặp nhiều nhất là tăng huyết áp (68,6%), tiếp đến là rối loạn lipid máu (34,3%), đái tháo đường típ 2 (22,9%), ít gặp nhất là bệnh thận mạn tính (8,6%).

3.2. Đặc điểm RLNT trên ECG và Holter ECG 24 giờ ở BN nghiên cứu

- Đặc điểm ECG trên BN COPD:

Bảng 4. Đặc điểm ECG (n = 70)

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Trục điện tim	Trung gian	38	54,3
	Phải	9	12,8
	Trái	23	32,9
Dày nhĩ phải		17	24,3
Dày thất phải		9	12,9
Nhịp xoang nhanh		24	34,3
Ngoại tâm thu	Nhĩ	12	17,1
	Thất	8	11,4
Rung nhĩ		1	1,4

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chủ yếu BN có trục điện tim trung gian (54,3%). 37,2% BN có dày nhĩ (trong đó, 24,3% BN dày nhĩ phải và 12,9% BN dày thất phải), 34,3% BN có nhịp xoang, 28,5% có ngoại tâm thu (trong đó có 17,1% BN ngoại tâm thu nhĩ, 11,4% BN ngoại tâm thu thất). Đặc biệt, phát hiện 1 trường hợp rung nhĩ (1,4%).

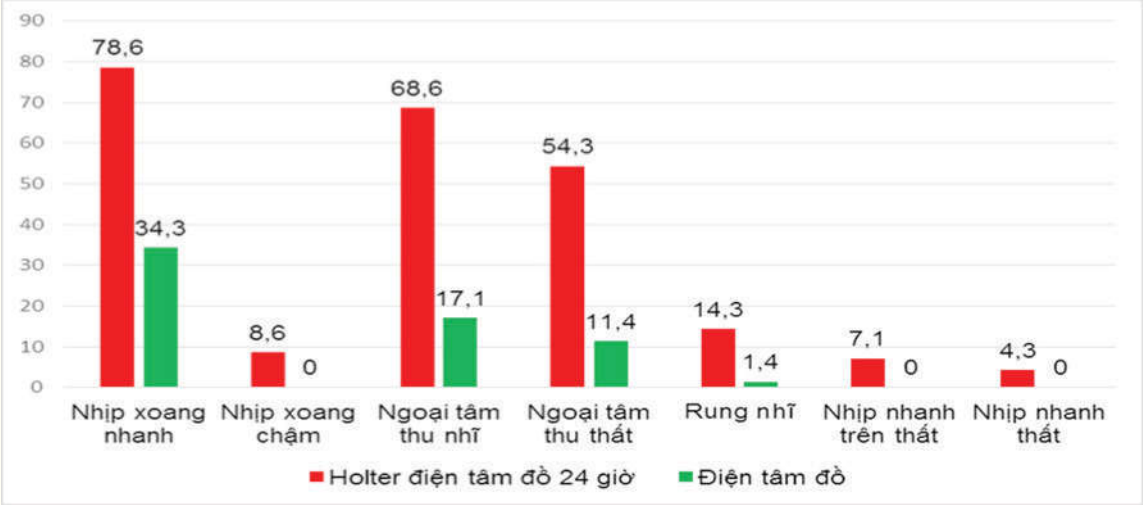
- Đặc điểm Holter ECG 24 giờ:

Bảng 5. Các rối loạn nhịp trên Holter ECG 24 giờ (n = 70)

Loại RLNT		Số BN	Tỉ lệ %
Nhịp xoang	Nhanh	55	78,6
	Chậm	6	8,6
Ngoại tâm thu	Nhĩ	48	68,6
	Thất	38	54,3
Rung/cuồng nhĩ		10	14,3
Nhịp nhanh	Trên thất	6	7,1
	Thất	3	4,3

78,6% BN có nhịp xoang nhanh > 100 chu kì/phút, 8,6% BN có nhịp xoang chậm < 50 chu kì/phút. 68,6% BN có ngoại tâm thu nhĩ và 54,3% BN có ngoại tâm thu thất, 14,3 BN có rung/cuồng nhĩ. Đặc biệt, trên ECG ghi nhận 3 BN (4,3%) có cơn nhanh thất và 6 BN (7,1%) có cơn nhịp nhanh trên thất.

- So sánh các rối loạn nhịp tim trên ECG và Holter ECG 24 giờ:



Biểu đồ 2. So sánh các RLNT trên ECG và Holter ECG 24 giờ.

Tỉ lệ BN phát hiện các loại RLNT trên Holter ECG 24 giờ đều cao hơn so với ECG ghi tại 1 thời điểm, cụ thể nhịp xoang nhanh (78,6% so với 34,3%), ngoại tâm thu nhĩ (68,6% so với 17,1%) ngoại tâm thu thất (54,3% so với 11,4%), rung/cuồng nhĩ (14,3% so với 1,4%). Trên ECG ghi tại một thời điểm, không phát hiện BN nào có nhịp nhanh trên thất và thất, trong khi Holter ECG 24 giờ ghi nhận 5 BN có nhịp nhanh trên thất (7,1%) và 3 BN có nhịp nhanh thất (4,3%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- Về tuổi: BN trung bình 71,4 ± 8,1 tuổi, trong đó, từ 60 tuổi trở lên chiếm 94,3% và từ 60-79 tuổi chiếm 78,5%. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Bùi Mai Hương (BN trung bình 72,3 ± 9,8 tuổi; 89,4% trên 60 tuổi) [4], Nguyễn Hải Công (BN trung bình 72,3 ± 8,1 tuổi; 91,8% trên 60 tuổi) [6], Nguyễn Quang Đợi (BN trung bình 70,2 ± 9,3 tuổi) [8]. Kết quả này cũng phù hợp với tính chất bệnh và số lượng thẻ bảo hiểm y tế đăng kí khám và điều trị tại Bệnh viện Quân y 354. Mặt khác, đa số BN mắc COPD đăng kí khám bệnh và theo dõi định kì tại Bệnh viện là người cao tuổi.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra, tuổi cao là yếu tố độc lập, tiên lượng nặng của COPD. Đồng thời, tuổi cao là yếu tố tăng nguy cơ mắc bệnh lí khác, như bệnh lí tim mạch, cơ xương khớp, suy giảm chức năng thông khí phổi… dẫn đến tiên lượng nặng hơn cho BN COPD. Tuổi trung bình BN COPD của chúng tôi có xu hướng cao hơn so với các nghiên cứu nước ngoài, như nghiên cứu của Konecny T (BN trung bình 64 ± 16 tuổi [12]), Shih H.T và cộng sự (BN trung bình 67 ± 9 tuổi [13]); Yuji Kusunoki và cộng sự (BN trung bình 68,8 ± 10,7 tuổi [19]).

- Về giới tính: chúng tôi thấy đa số BN COPD là nam giới (85,7%); tỉ lệ BN nam/nữ = 6/1. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh và cộng sự (2014) trên 164 BN COPD, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai có tỉ lệ BN nam/nữ ≈ 11,7/1 [2]. Nguyễn Quang Đợi (2019) nghiên cứu trên 210 trường hợp đợt cấp COPD, nhập Bệnh viện Bạch Mai điều trị, thấy 91% BN là nam giới [7]. Nghiên cứu của Yuji Kusunoki và cộng sự (Nhật Bản) trên 103 BN COPD, thấy 84,7% BN là nam giới [19]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các kết quả nghiên cứu đã nêu.

- Về tiền sử hút thuốc lá: 75,7% BN có tiền sử hút thuốc lá, tương đương nghiên cứu của Bùi Mai Hương (73,5% BN có hút thuốc) [4], Nguyễn Văn Long (82,8% BN có hút thuốc) [8]. Tỉ lệ BN có hút thuốc lá trong nghiên cứu của Chu Thị Hạnh (51,7%) thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, có thể do tỉ lệ BN nữ trong nghiên cứu của chúng tôi (14,3%) thấp hơn nghiên cứu của Chu Thị Hạnh (40,5%). Một số nghiên cứu trên thế giới thấy tỉ lệ BN COPD có tiền sử hút thuốc đều ở mức cao, như nghiên cứu của Dabadghao D.S và cộng sự (90%) [20], Warnier M.J (96%) [16]… Theo y văn, nam giới là đối tượng mắc COPD cao hơn nữ giới, nguyên nhân chủ yếu do sự phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ gây bệnh, đặc biệt là tình trạng hút thuốc lá.

- Về thời gian hút thuốc: trong nghiên cứu này, thời gian hút thuốc trung bình của BN là 24,7 ± 8,0 năm, số lượng thuốc hút trung bình là 31,7 ± 13,5 bao/năm; cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Long (số lượng thuốc hút trung bình là 27,9 ± 6,7 bao/năm) [8] và Bùi Mai Hương (97,5% BN hút trên 20 bao/năm) [2].

- Về thời gian mắc bệnh: thời gian mắc COPD trung bình của BN là 6,5 ± 3,5 năm, trong đó, mắc bệnh từ 5-10 năm chiếm tỉ lệ cao nhất (41,4%). Kết

quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Hải Công (thời gian mắc bệnh trung bình là 6,7 ± 4,7 năm; 49,5% BN có thời gian mắc bệnh từ 5-10 năm); nhưng dài hơn nghiên cứu của Nguyễn Quang Đợi (thời gian mắc bệnh trung bình là 5,2 ± 3,1 năm) [7], Nguyễn Văn Long (thời gian mắc bệnh trung bình 5,2 ± 3,1 năm) [8].

- Bệnh lí kết hợp: chúng tôi gặp nhiều nhất là tăng huyết áp (68,6%), tiếp đến là rối loạn lipid máu (34,3%), đái tháo đường típ 2 (22,9%), ít gặp nhất là bệnh thận mạn (8,6%). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Bùi Mai Hương (84% BN có tăng huyết áp), nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Hạnh (43,3% BN có tăng huyết áp) [2], có thể do Chu Thị Hạnh nghiên cứu trên BN có độ tuổi trung bình thấp hơn (66,3 ± 8,6 năm) nghiên cứu của chúng tôi. Rusinowicz T nghiên cứu trên 152 BN COPD, thấy bệnh lí kết hợp gặp là tăng huyết áp (73,7%), đái tháo đường (29,6%) [15]; nghiên cứu của Sievi N.A thấy bệnh lí kết hợp hay gặp trên BN COPD là tăng huyết áp (54%) và đái tháo đường là 14% [17].

4.2. Đặc điểm RLNT trên ECG và Holter ECG 24 giờ trên BN COPD

- Các biến đổi bệnh lí trên ECG: chúng tôi thấy 24,3% BN có dày nhĩ phải; tương đương nghiên cứu của Lê Nhật Huy (20,48%) [3], Nguyễn Quang Đợi (27,6%) [7], Manuti và cộng sự (20%) [18]; thấp hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Hạnh (32,9%) [2], Dabadghao V.S (38%) [20]. Sự khác biệt này có thể do BN nghiên cứu của chúng tôi không bao gồm những BN suy tim. Kết quả nghiên cứu này thấy 12,9% BN dày thất phải; tương đương kết quả nghiên cứu của Seema D, (12,0%), Holtzman D và cộng sự (14,4%).

- Các RLNT trên ECG: các RLNT hay gặp nhất là nhịp xoang nhanh (34,3%), ngoại tâm thu nhĩ (17,1%), ngoại tâm thu thất (11,4%), đặc biệt, có 1 BN (1,4%) rung nhĩ. Nghiên cứu của Chu Thị Hạnh (2014) thấy nhịp xoang nhanh 30,5%, ngoại tâm thu thất và nhĩ 6,7%, rung nhĩ 0,6% [2]; Lê Nhật Huy (2020) thấy tỉ lệ RLNT ở BN COPD gồm nhịp xoang nhanh (9,28%), rung nhĩ (3,61%) [3]; Manuti K.J (2008) ghi nhận các RLNT trên ECG gồm nhịp xoang nhanh (50%), ngoại tâm thu thất (22%), ngoại tâm thu nhĩ (18%), rung/cuồng nhĩ (36%) [18]. Kết quả trên chỉ ra rằng có sự khác nhau về tỉ lệ các loại RLNT trên BN COPD trong các nghiên cứu, có thể do đặc điểm đối tượng nghiên cứu khác nhau về các yếu tố bệnh lí kết hợp, độ tuổi, giai đoạn bệnh ổn định hay đang trong đợt cấp... Trong nghiên cứu này, chúng tôi loại trừ những BN có suy tim và mắc các bệnh mạch vành khỏi nghiên cứu; mặt khác, các BN lựa chọn nghiên cứu đều ở giai đoạn ổn định của COPD, nên tỉ lệ nhịp nhanh xoang thấp hơn so với một số nghiên cứu đã nêu. Nhịp nhanh trên BN COPD không hoàn toàn do RLNT mà có thể do rối loạn thông khí mạn tính và nhịp tim nhanh là hậu quả. Dù bất cứ vì lí do nào thì đây cũng là biểu hiện không tốt, về lâu dài có thể dẫn đến các biến cố tim mạch.

- RLNT trên Holter ECG 24 giờ: chúng tôi thấy 78,6% BN nhịp nhanh xoang, 8,6% BN nhịp chậm xoang, 68,6% BN ngoại tâm thu nhĩ, 54,3% BN ngoại tâm thu thất, 7,1% BN nhịp nhanh trên thất, 14,3% BN rung nhĩ, đặc biệt có 3 BN (4,3%) nhịp nhanh thất. Theo Celli B (2010), trên 84% BN COPD giai đoạn ổn định có ít nhất 1 RLNT phát hiện được trên Holter ECG, trong khi ECG khi nghỉ chỉ phát hiện được khoảng 20% các trường hợp. Ở đợt cấp của COPD, tần suất RLNT trên ECG tiêu chuẩn chỉ phát hiện được 31% trường hợp, Holter ECG phát hiện tới 91% BN có RLNT [2]. Nghiên cứu của Manuti K.J và cộng sự (2004) thấy tỉ lệ các RLNT trên Holter ECG 24 giờ gồm nhịp nhanh xoang (80%), ngoại tâm thu nhĩ (72%), ngoại tâm thu thất (64%), rung nhĩ (24%), nhanh thất (10%) [18]. Tỉ lệ các loại RLNT cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi vì đối tượng nghiên cứu đang trong đợt cấp của COPD. Nghiên cứu của Yuji Kusunoki và cộng sự (2016) trên 103 BN COPD ổn định, thấy tỉ lệ ngoại tâm thu nhĩ là 43,7%, ngoại tâm thu thất là 35% [19]. Tỉ lệ 2 loại RLNT này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả có mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn nhẹ (66,2% so với 18,6%).

Ghi Holter ECG 24 giờ trên BN COPD phát hiện nhiều trường hợp có các RLNT hơn so với ghi ECG tại một thời điểm, vì RLNT thường xảy ra ban đêm nhiều hơn ban ngày. Tần suất RLNT thay đổi khác nhau tùy vào thời điểm, giai đoạn bệnh. Thông thường, nhịp nhanh trên thất, nhanh nhĩ, rung nhĩ, nhịp nhanh nhĩ đa ổ là những RLNT thường gặp ở BN suy hô hấp cấp, trong khi các rối loạn nhịp thất thường gặp ở BN có tình trạng lâm sàng ổn định. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ phát hiện các RLNT bằng Holter ECG 24 giờ đều cao hơn ghi ECG lúc nghỉ, cụ thể: nhịp xoang nhanh (78,6% so với 34,3%), ngoại tâm thu nhĩ (68,6% so với 17,1%), ngoại tâm thu thất (54,3% so với 11,4%), rung nhĩ (14,3% so với 1,4%), nhịp nhanh trên thất (7,1% so với 0%) và nhanh thất (4,3% so với 0%).

Qua kết quả nghiên cứu này, chúng tôi khuyến nghị ghi Holter ECG 24 giờ trên các BN COPD trong quá trình điều trị nên được chỉ định, tránh bỏ sót những RLNT, nâng cao chất lượng điều trị và dự phòng biến chứng bệnh. Đồng thời, cần tiếp tục thực hiện những nghiên cứu tương tự với số lượng mẫu lớn hơn, trong thời gian dài hơn.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 70 BN COPD điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 354, kết luận:

- BN trung bình 71,4 ± 8,1 tuổi. Tỉ lệ giới tính BN nam/nữ = 6/1. Đa số BN có tiền sử hút thuốc lá (75,7%). Thời gian mắc bệnh trung bình là 6,5 ± 3,5 năm, trong đó, thời gian mắc bệnh trên 5 năm chiếm 60,0%. Bệnh lí kết hợp hay gặp trên BN COPD là tăng huyết áp (68,6%), rối loạn lipid máu (34,3%), đái tháo đường (22,9%).

- Holter ECG 24 giờ phát hiện nhiều trường hợp có các RLNT hơn so với ghi ECG tại một thời điểm, cụ thể: nhịp xoang nhanh (78,6% so với 34,3%), ngoại tâm thu nhĩ (68,6% so với 17,1%), ngoại tâm thu thất (54,3% so với 11,4%), rung nhĩ (14,3% so với 1,4%), nhịp nhanh trên thất (7,1% so với 0%) và nhanh thất (4,3% so với 0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Nhà xuất bản Y học.
2. Chu Thị Hạnh, Phan Thu Phương, Vũ Văn Giáp và CS (2014), "Bệnh lí tim mạch đồng mắc với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Đơn vị quản lí bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí Y học lâm sàng*, 77: 88-86.
3. Lê Nhật Huy (2020), *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và đánh giá kết quả can thiệp điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại tỉnh Nghệ An*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Bùi Mai Hương (2020), *Nghiên cứu biểu hiện lâm sàng, điện tim, siêu âm tim và kết quả chụp cắt lớp vi tính đa dãy động mạch vành ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
5. Nguyễn Quang Tuấn (2013), *Thực hành đọc điện tim*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 80-87.
6. Nguyễn Hải Công (2022), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
7. Nguyễn Quang Đợi (2019), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ tắc động mạch phổi cấp ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Nguyễn Văn Long (2021), *Đánh giá mức độ và tiên lượng đợt cấp bằng một số thang điểm ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
9. Global intiative for chronic obstructive lung disease (2020), "Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease", *GOLD REPORT*, 4-36.
10. Hansell A.L, Walk J.A & Soriano J.B (2003), "What do chronic obstructive pulmonary disease patients die from? A multiple cause coding analysis", *Eur. Respir. J*, 22, 809-814.
11. Maclay J.D, MacNee W, (2013), "Cardiovascular disease in COPD: mechanisms", *Chest* 143, 798-807.
12. Konecny T, Park J.K, Somers K.R, et al (2014), "Relation of chronic obstructive pulmonary disease to atrial and ventricular arrhythmias", *Am. J. Cardiol,* 114, 272–277.
13. Shih H.T, Webb C.R, et al (1988), "Frequency and significance of cardiac arrhythmias in chronic obstructive lung disease", *Chest* 94, 44-48.
14. Desai R, et al (2019), "The burden and impact of arrhythmia in chronic obstructive pulmonary disease: insights from the National Inpatient Sample", *Int. J. Cardiol*. 281:49-55.
15. Rusinowicz T., Zielonka T.M & Zycinska K (2017), "Cardiac arrhythmias in patients with exacerbation of COPD", *Adv. Exp. Med. Biol*. 1022,53-62.
16. Warnier M.J, Rutten F.H, Numans M.E, et al (2013), "Electrocardiographic characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease", *COPD*, 10: 62-71.
17. Sievi N.A, Clarenbach C.F, et al (2014), "High prevalence of altered cardiac repolarization in patients with COPD", *BMC Pulm. Med*, 14, 55.
18. Manuti K. Jawad, Hameed Al-Dulaimy (2008), "Cardiac arrhythmias in chronic obstructive pulmonary disease", *Iraqi J Med Sci*, 2008; Vol.6(2): 44-48.
19. Yuji Kusunoki, Toshie Nakamura, Kumiko Hattori, et al (2016), "Atrial and ventricular arrhythmia association factor in stable patients with chronic obstructive pulmonary disease", *Respiration* (2016) 91(1): 34-42.
20. Dabadghao V.S, Patil R, Sharma S.K, et al (2016), "A clinical study of cardiac rhythm disturbance in patients with chronic obstructive pulmonary disease using 24 hour Holter monitoring", *International Journal of Research in Medical Sciences,* 4(3), 702-705. ❑