

Đặc điểm thể cơn nhịp nhanh trên thất giữa bệnh nhân trẻ tuổi và cao tuổi được thăm dò điện sinh lý học tim

Characteristics of type of supraventricular tachycardia attack between young and elderly patients were cardiac electrophysiology study

Chu Dũng Sĩ*,
Phạm Quốc Khánh**,
Trần Thị Minh***

*Đại học Quốc gia Hà Nội
**Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai
***Học viện Y Dược cổ truyền Việt Nam

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét về đặc điểm cơn nhịp nhanh trên thất ở bệnh nhân trẻ tuổi và cao tuổi được thăm dò điện sinh lý tim và mô tả các rối loạn nhịp tim khác trong cơn nhịp nhanh trên thất ở những bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu theo trình tự, 186 bệnh nhân được chẩn đoán xác định cơn nhịp nhanh trên thất được tiến hành thăm dò điện sinh lý tim và điều trị bằng năng lượng sóng có tần số radio tại Viện Tim mạch Việt Nam trong thời gian từ tháng 01/2014 đến tháng 05/2017, được chia làm hai nhóm: Nhóm I là nhóm bệnh nhân trẻ tuổi (những bệnh nhân dưới 60 tuổi) & nhóm II là nhóm bệnh nhân cao tuổi (những bệnh nhân có tuổi ≥ 60). **Kết quả:** Nhóm I (nhóm trẻ tuổi) chiếm 51,1% và nhóm II (nhóm cao tuổi) chiếm 48,9%. Đặc điểm thể cơn nhịp nhanh trên thất có 68,3% là cơn vòng vào lại nút nhĩ thất, có 29,6% là cơn vòng vào lại nhĩ thất và 2,2% có cơn nhịp nhanh nhĩ và những cơn nhịp nhanh nhĩ đều gặp trên bệnh nhân có hội chứng Wolff-Parkinson-White, trong đó có 2 trường hợp kèm nhiều cơn rung nhĩ ngắn và 2 trường hợp kèm những cơn rung nhĩ bền bỉ. Tỷ lệ nữ giới có cơn nhịp nhanh trên thất là 69,4% cao hơn so với nam giới là 30,6%, trong đó tỷ lệ nữ giới có cơn vòng vào lại nút nhĩ thất và cơn vòng vào lại nhĩ thất lần lượt là 74,8% và 61,8%. Chỉ có 9,8% có biểu hiện hội chứng Wolff-Parkinson-White trên điện tâm đồ. Khi thăm dò điện sinh lý tim, tỷ lệ rung cuồng nhĩ xuất hiện ở 15,6% và tỷ lệ block nhánh gặp 5,9%, nhóm bệnh nhân cao tuổi có tỷ lệ rung cuồng nhĩ (24,2%) cao hơn nhóm trẻ tuổi (7,4%), với $p < 0,01$. **Kết luận:** Cơn nhịp nhanh trên thất hay gặp ở nữ hơn nam, khả năng gặp loại cơn vòng vào lại nút nhĩ thất cao hơn so với cơn vòng vào lại nhĩ thất. Độ tuổi trung bình có cơn vòng vào lại nút nhĩ thất, cơn vòng vào lại nhĩ thất ở nhóm cao tuổi là lớn hơn ở nhóm trẻ tuổi. Tỷ lệ rung cuồng nhĩ khá hay gặp ở cơn nhịp nhanh trên thất và ở nhóm cao tuổi hay gặp hơn nhóm trẻ tuổi, hội chứng Wolff-Parkinson-White chiếm tỷ lệ đáng kể và điện tâm đồ ngoài cơn của bệnh nhân có cơn vòng vào lại nhĩ thất ở nhóm cao tuổi nhiều hơn nhóm trẻ tuổi.

Từ khóa: Cơn nhịp nhanh trên thất, rối loạn nhịp tim, thăm dò điện sinh lý tim, trẻ tuổi, cao tuổi.

Summary

Ngày nhận bài: 21/12/2017, ngày chấp nhận đăng: 20/01/2018

Người phản hồi: Chu Dũng Sĩ, Email: chudungsi@gmail.com - Đại học Quốc gia Hà Nội

Objective: Describe of type of characteristics of supraventricular tachycardia (SVT) attack between young and elderly patients and other arrhythmias on the patients were cardiac electrophysiology study. **Subject and method:** Cross sectional descriptive study, and prospective study. 186 patients were diagnosed with the SVT attack were cardiac electrophysiology study at Vietnam Heart Institute during January 2014 to May 2017. The patients were divided into two groups: Group I (n = 95) is the young group (< 60 years of age) and group II (n = 91) is a elderly group ($\geq$ 60 years of age). **Result:** Group I (young group) had 51.1% and group II (elderly group) had 48.9%. Characteristics of the SVT attack have 68.3% AVNRT, 29.6% AVRT and 2.2% AT were met in Wolff-Parkinson-White (WPW) syndrome patients. The female had 69.4% of SVT attack were more than male patients had 30.6%; the female had atrioventricular nodal reentrant tachycardia (AVNRT) and atrioventricular reentrant tachycardia (AVRT) were 74.8% and 61.8%, respectively, only 9.8% of the patients had WPW syndrome by Electrocardiogram (ECG), atrial fibrillation-flutter (AF-Flutter) met in 15.6% and branch block met in 5.9%, the elderly patients have atrial fibrillation-flutter (24.2%) more than young patients group (7.4%), $p < 0.05$. **Conclusion:** The supraventricular tachycardia attack were more common in female more than male patients, the likelihood of having AVNRT was higher than the AVRT attacks, the mean age of AVNRT and AVRT attack were the elderly patients more than the young patients, the rate of atrial fibrillation-flutter was relatively common in the SVT attacks and in elderly patients group, WPW syndrome was associated with the SVT attacks in clinical, and ECG of out of attacks in the elderly group having AVRT attack was higher than the young patients group.

Keywords: Supraventricular tachycardia attack, arrhythmias, cardiac electrophysiology study, young patients, elderly patients.

1. Đặt vấn đề

Nhịp nhanh trên thất (NNTT) là loại rối loạn nhịp tim (RLNT) khá thường gặp trên thực tế lâm sàng. Tại Mỹ, theo số liệu của nghiên cứu MESA [1], thì hiện nay có khoảng 570.000 trường hợp bị cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất (NNKPTT) và hằng năm có khoảng 89.000 trường hợp mới mắc. Ở Việt Nam, chưa có thống kê đầy đủ về tỷ lệ mắc bệnh nhưng cơn NNTT và đặc biệt là NNKPTT là loại RLNT rất thường gặp ở các phòng khám cấp cứu [1], [12].

Khi cơn NNTT xuất hiện có thể gây ra những triệu chứng khó chịu như mệt mỏi, tức ngực, khó thở, hoa mắt chóng mặt và thậm chí là ngất. Nếu cơn nhịp nhanh kéo dài nhiều giờ, nhiều ngày có thể gây suy tim. Cơn NNTT thường xảy ra ở những người không có bệnh tim thực tổn. Ở người cao tuổi, các vấn đề liên quan đến tuổi thường gặp như: Thoái hóa của hệ thống dẫn truyền trong tim, mạch máu cứng, đáp ứng với beta Adrenergic giảm, tăng sự phụ thuộc của giai đoạn đồ đầy thất trái với sự co bóp của tâm nhĩ, nguy cơ cao mắc bệnh động mạch vành cũng

như các bệnh lý nội khoa khác [7], [9]. Chính điều này làm cho bệnh nhân (BN) cao tuổi thường có các triệu chứng nặng nề hơn và tiên lượng không tốt như người trẻ. RLNT làm tăng nguy cơ ngã, ảnh hưởng nhiều đến các hoạt động thể lực và tăng tỷ lệ nhập viện.

Đối với cơn NNKPTT bao gồm nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất (AVNRT), nhịp nhanh vào lại nhĩ thất (AVRT) là 2 loại nhịp phụ thuộc vào nút AV (nút AV là một phần hay toàn bộ của vòng vào lại); điều này có ý nghĩa trong điều trị vì khi đó các thuốc tác động lên nút nhĩ thất (AV) sẽ có khả năng cắt cơn, do đó việc xác định các thể cơn NNKPTT là rất quan trọng bởi nó sẽ giúp cho bác sỹ chọn lựa phương pháp điều trị kịp thời cũng như cách thức điều trị, chiến lược dự phòng phù hợp với từng tính chất của thể cơn [9], [12].

Từ nhiều thập kỷ qua, đã có rất nhiều phương pháp điều trị RLNT như các nghiệm pháp cường phế vị, thuốc, sốc điện, tạo nhịp vượt tần số... cho tới việc dự phòng cơn tái phát bằng thuốc được áp dụng và cũng đạt được hiệu quả nhất định [1], [9]; tuy nhiên, đó chỉ là những

phương pháp điều trị có tính chất tạm thời, không giải quyết triệt để nguồn gốc gây cơn nhịp nhanh. Ngày nay, phương pháp thăm dò điện sinh lý tim (TDĐSLT) và triệt đốt ổ khởi phát RLNT bằng năng lượng sóng có tần số Radio (RF) ra đời được coi là phương pháp điều trị hiệu quả nhất và triệt để nhất, cơn NNTT có thể được loại bỏ hoàn toàn [1], [5], [8].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu (NC) về đặc điểm của thể cơn NNTT [6], [8], [10], [12]. Tuy nhiên, rất ít tác giả đề cập một cách chi tiết về đặc điểm cơn NNTT giữa người trẻ tuổi và người cao tuổi [2], [3], [4]. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành NC này nhằm mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm cơn NNTT giữa người bệnh trẻ tuổi và cao tuổi và tìm hiểu một số RLNT ở người trẻ tuổi và cao tuổi có cơn NNTT qua TDĐSLT.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng và phương pháp

186 BN được chẩn đoán xác định cơn NNTT được tiến hành TDĐSLT và điều trị bằng sóng RF tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2014 đến tháng 05/2017. Các BN trên được chia làm hai nhóm: Nhóm I là nhóm BN trẻ tuổi (những BN dưới 60 tuổi) & nhóm II là nhóm BN cao tuổi (những BN có tuổi ≥ 60) [7].

NC mô tả cắt ngang, tiến cứu theo trình tự. NC tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai. Tiến hành thu thập bệnh án NC của các BN thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian từ tháng 01/2014 đến tháng 05/2017. Số liệu được xử lý trên máy vi tính với phần mềm IBM SPSS 21.0. Dùng T-test để so sánh 2 giá trị trung bình, khi bình phương so sánh 2 tỷ lệ %. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán cơn nhịp nhanh trên thất

Nhịp nhanh trên thất (SVT): Nhịp tim nhanh bất thường (tần số nhĩ và/hoặc tần số thất vượt quá 100 chu kỳ/phút), cơ chế có liên quan đến mô từ bó His trở lên.

Nhịp nhanh trên thất (SVT) đều bao gồm: Nhịp nhanh xoang (ST), cuồng nhĩ (AFL), nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất (AVNRT), nhịp nhanh vào lại nhĩ thất (AVRT) trong đó nhịp nhanh vào lại nhĩ thất (NNVLNT) xuôi chiều (Orthodromic AVRT) thường gặp hơn NNVLNT ngược chiều (Antidromic AVRT) và cuối cùng là nhịp nhanh nhĩ (AT); trong đó AVNRT và AVRT là 2 loại nhịp phụ thuộc vào nút AV (nút AV là một phần hay toàn bộ của vòng vào lại). Điều này có ý nghĩa trong điều trị vì khi đó các thuốc tác động lên nút nhĩ thất (AV) sẽ có khả năng cắt cơn [9], [12].

Tiêu chuẩn chẩn đoán cơn NNTT trên điện tâm đồ (ĐTĐ) 12 chuyển đạo (CĐ) [1], [10], [12]: Nhịp tim nhanh. Tần số tim khoảng 140 đến 250 chu kỳ/phút. Các phức bộ QRS thanh mảnh, rất đều. Sóng P không nhìn thấy hoặc đi sau phức bộ QRS.

Tiêu chuẩn chẩn đoán cơn NNTT bằng TDĐSLT [6], [8], [10]:

Chẩn đoán AVNRT thể điển hình: Có bằng chứng của đường kép nút N-T chiều xuôi. Trong cơn nhịp nhanh, khoảng AH > 180 ms. Gây cơn nhịp nhanh phụ thuộc vào bước nhảy AH. Trong cơn nhịp nhanh: Trình tự khử cực nhĩ có dạng đồng tâm.

Chẩn đoán AVNRT thể nhanh - chậm: Trong cơn nhịp nhanh: Khoảng RP dài và sóng P âm ở các chuyển đạo D_{II}, D_{III}, aVF. Trong cơn nhịp nhanh khoảng AH < 180 ms. Có bằng chứng đường kép nút N-T chiều ngược. Gây cơn nhịp nhanh phụ thuộc vào bước nhảy VA. Trong cơn nhịp nhanh điện thế nhĩ dẫn truyền ngược sớm nhất ở gần lỗ xoang vành hoặc phía trong lỗ xoang vành.

Chẩn đoán cơn AVNRT thể chậm - chậm: Có bằng chứng đường kép nút N-T cả chiều xuôi và chiều ngược. Trong cơn nhịp nhanh, khoảng AH > 180 ms. Khoảng HV < 60 ms trên điện cực His. Gây cơn nhịp nhanh phụ thuộc vào sự thay đổi đột ngột khoảng VA. Trong cơn nhịp nhanh: Điện thế nhĩ dẫn truyền ngược ghi được sớm nhất ở gần lỗ xoang vành.

Chẩn đoán cơn AVNRT thể bên trái: Các tiêu chuẩn giống với thể điển hình ngoại trừ: Không thể đốt đường chậm thành công ở bên nhĩ phải hay trong xoang vành. Khoảng HA trong cơn nhịp nhanh ngắn < 15ms. Thường có dấu hiệu đáp ứng kép ở thất khi kích thích (KT) nhĩ.

Chẩn đoán cơn AVRT xuôi chiều: Có thể gây cơn bằng kích thích thất và kích thích nhĩ. Trong cơn thấy hình ảnh phức bộ điện thể His - thất - nhĩ, với khoảng HV gần tương tự với khoảng HV khi nhịp xoang. Hoạt động điện của nhĩ theo chiều ngược kiểu lệch tâm, tùy vị trí đường phụ mà có điện thể nhĩ dẫn truyền ngược ghi được sớm nhất ở vị trí tương ứng. Xác định vị trí đường phụ phải lập bản đồ nội mạc.

AVRT chiều ngược: Trong cơn nhịp nhanh có QRS giãn rộng. Có thể tạo cơn bằng kích thích thất hoặc nhĩ. Trong cơn tim nhanh chỉ thấy hoạt động của thất và nhĩ không thấy điện thể hoạt động của His vì điện thể hoạt động của His ẩn trong điện thể hoạt động của thất. Hoạt động điện của nhĩ theo kiểu đồng tâm.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhịp nhanh nhĩ (AT) bằng TDĐSLT [1], [10], [11]: Trong cơn nhịp nhanh khoảng RP dài. Sự thay đổi khoảng A-A xuất hiện trước sự thay đổi khoảng V-V. KT thất trong cơn nhịp nhanh có hiện tượng V-A-A-V. Hiệu số giữa khoảng AH đo được khi nhĩ bằng tần số cơn nhịp nhanh với khoảng AH trong cơn nhịp nhanh < 20ms. Khoảng VA thay đổi trong cơn nhịp nhanh hoặc khi kích thích thất.

3. Kết quả

186 BN được chẩn đoán xác định cơn NTT đã được tiến hành TDĐSLT và điều trị bằng RF, được chia làm 2 nhóm: Nhóm I (nhóm trẻ tuổi) và nhóm II (nhóm cao tuổi). Kết quả có độ tuổi trung bình của nhóm I (n = 95) là $40,4 \pm 12,5$ (18 - 59) và nhóm II (n = 91) có độ tuổi trung bình $65,0 \pm 4,7$ tuổi (18 - 82) ($p < 0,0001$). Nhóm I có 32 nam (33,7%) và 63 nữ (66,3%) với $p > 0,05$, nhóm II có 25 nam (27,5%) và 66 nữ (72,5%) với $p > 0,05$.

3.1. Đặc điểm loại cơn nhịp nhanh trên thất

Bảng 1. Các loại NTT

Thế cơn \ Nhóm	Nhóm I (n = 95)		Nhóm II (n = 91)		Chung (n = 186)		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
AVNRT (n = 127)	61	48,0	66	52,0	127	68,3	>0,05
AVRT (n = 55)	32	58,2	23	41,8	55	29,6	
AT (n = 4)	2	1,1	2	1,1	4	2,2	
Tổng	95	100	91	100	186	100	

Bảng 1: Nhóm I và nhóm II chủ yếu gặp cơn AVNRT chiếm tỷ lệ 61/95 (64,2%) và 66/91 (72,5%), trong khi cơn AVRT của 2 nhóm này ít gặp hơn chiếm 32/95 (33,7%) và 23/91 (25,3%). Có 4 trường hợp được chẩn đoán nhịp nhanh nhĩ (AT) trên hội chứng WPW chiếm 2,2%. Sự phân bố về loại cơn NNKPTT giữa 2 nhóm I và II là không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Bảng 2. Phân bố giới tính trong các loại NTT

Nhóm	Nhóm I	Nhóm II	p
------	--------	---------	---

Thể cơ	Nam	Nữ	Nam	Nữ	
AVNRT (n = 127)	18 (29,5%)	43 (70,5%)	14 (21,2%)	52 (78,8%)	>0,05
AVRT (n = 55)	12 (37,5%)	20 (62,5%)	9 (39,1%)	14 (60,9%)	
AT (n = 4)	2 (1,1%)	0	2 (1,1%)	0	
p	<0,05		<0,05		

Bảng 2: Tỷ lệ nam/nữ giữa 2 nhóm I và II là có sự khác biệt với $p > 0,05$; nhưng tỷ lệ nam/nữ giữa các nhóm AVNRT, AVRT và AT trong các nhóm là có sự khác biệt với $p < 0,05$.

Tỷ lệ bị cơ NNTT là nữ giới chiếm 69,4% là cao hơn so với nam giới bị cơ NNTT chỉ chiếm 30,6% ($p < 0,01$), trong đó tỷ lệ nữ giới có cơ AVNRT và AVRT lần lượt là 73,6% và 26,4%; nam giới có cơ AVNRT và AVRT lần lượt là 56,1% và 36,8% và AT là 7,0%.

Bảng 3. Tuổi trung bình tuổi ở các loại cơ NNTT

Thế cơ NNTT \ Nhóm		Nhóm I ($\bar{X} \pm SD$) n = 95	Nhóm II ($\bar{X} \pm SD$) n = 91	Tổng
1.	AVNRT (n = 127)	n = 61	n = 66	127
	Độ tuổi	41,5 ± 11,6	66,8 ± 5,4	
	<i>p</i>	<i><0,0001</i>		
2.	Độ tuổi	n = 32	n = 23	55
	AVRT (n = 55)	38,6 ± 14,2	64,8 ± 4,1	
	<i>p</i>	<i><0,0001</i>		
3.	AT (n = 4)	n =2	n =2	4
	Độ tuổi	35,5 ± 12,0	76,0 ± 8,5	
	<i>p</i>	<i>>0,05</i>		
	Chung 2 nhóm	40,4 ± 12,5	66,5 ± 5,4	186
	<i>p</i>	<i><0,0001</i>		

Bảng 3: Ở cả hai nhóm I và II tuổi trung bình cơ AVNRT cao hơn cơ AVRT, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Độ tuổi trung bình giữa 2 nhóm có cơ AVNRT và AVRT ở mỗi nhóm là có sự khác biệt với $p < 0,0001$, trong khi AT giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân có cơ AVNRT cao hơn AVRT ở mỗi nhóm tương ứng, nhưng không đáng kể, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Đặc điểm rối loạn nhịp tim ở thể cơ nhịp nhanh trên thất

3.2.1. Rối loạn nhịp tim ở thể cơ nhịp nhanh trên thất trên điện tâm đồ ngoài cơ

Trong nhóm BN cao tuổi bị cơ AVRT có 10 BN có hội chứng WPW trên ĐTD chiếm tỷ lệ 58,8%, nhóm BN trẻ có 7 BN có hội chứng WPW trên ĐTD, chiếm tỷ lệ 41,2% trong số BN có hội chứng WPW. So sánh tỷ lệ này giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Tỷ lệ ĐTD ngoài cơ của BN có cơ AVRT có hội chứng WPW là 35,3%. Tỷ lệ này cao hơn nhóm BN trẻ tuổi với sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

3.2.2. Rối loạn nhịp tim ở thể cơ nhịp nhanh trên thất khi kích thích tim có chương trình

Kết quả về các loại cơ nhịp nhanh trên thất:

Kết quả cho thấy nhóm BN cao tuổi có cơ AVNRT thể điển hình chiếm chủ yếu tới 96,7%, cao hơn so với nhóm BN trẻ tuổi thể điển hình (91,6%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; trong khi 100% BN cao tuổi bị cơ AVRT trong nhóm NC đều là thể

xuôi chiều, không gặp BN chiều ngược. Kết quả này tương tự ở nhóm BN trẻ.

Khả năng tái tạo cơ NNTT: Trong NC của chúng tôi sử dụng Atropin giúp cho quá trình tái tạo cơ nhịp nhanh khi TDĐSL, kết quả phần lớn có thể tái tạo cơ nhịp nhanh bằng phương pháp kích thích tim theo chương trình chiếm 170/186 trường hợp với tỷ lệ 91,4%. Tỷ lệ tái tạo cơ nhịp nhanh bằng kích thích tim có chương trình của nhóm BN cao tuổi (81/91 chiếm 89,0%) và nhóm BN trẻ tuổi (89/95 chiếm 93,7%) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Kết quả về các rối loạn nhịp khác xuất hiện khi TDĐSL

Loại RNLT	Nhóm	Nhóm I (n = 95)		Nhóm II (n = 91)		Tổng	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Rung, cuồng nhĩ		7	7,4	22	24,2	29	15,6
p		<0,01					
Block nhánh		6	6,3	5	5,5	11	5,9
p		>0,05					

RLNT khác xuất hiện khi TDĐSL: Kết quả (Bảng 4) cho thấy tỷ lệ rung cuồng nhĩ khi TDĐSLT là 29/186 BN (15,6%); nhóm BN cao tuổi có tỷ lệ rung, cuồng nhĩ (24,2%) cao hơn nhóm trẻ tuổi (7,4%), sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$), trong khi block nhánh phải xuất hiện 11/186 BN (5,9%) và không khác biệt giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

4. Bàn luận

Kết quả nghiên cứu cho thấy NNTT là khá phổ biến ở người trẻ với độ tuổi trung niên là chủ yếu, nhóm bệnh nhân cao tuổi cũng hay gặp với độ tuổi trung bình là $65,0 \pm 4,7$ tuổi, thấp hơn so với trong nghiên cứu của Chen SA [5], có thể là do tuổi thọ của người Đài Loan là cao hơn ở Việt Nam. Độ tuổi trung bình giữa 2 nhóm I và nhóm II ở mỗi nhóm AVNRT và AVRT là có sự khác biệt với $p < 0,0001$, trong khi AT giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân có cơ AVNRT cao hơn AVRT, nhưng sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (Bảng 3). Kết quả còn cho thấy mặc dù tỷ lệ nữ là nhiều hơn nam ở cả 2

nhóm, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) [8].

4.1. Đặc điểm loại cơ nhịp nhanh trên thất

Thể loại cơ NNTT ở cả 2 nhóm trẻ tuổi và cao tuổi vẫn chủ yếu gặp là cơ AVNRT chiếm tỷ lệ 64,2% và 72,5%, trong khi cơ AVRT của 2 nhóm này ít gặp hơn chiếm 32/95 (33,7%) và 23/91 (25,3%). Nghiên cứu cũng gặp 4 trường hợp NNTT kiểu nhịp nhanh nhĩ (AT), nhưng cả 4 trường hợp này đều ghi nhận ở trên bệnh nhân có hội chứng WPW, trong đó có 2 BN có những cơ RN ngắn và 2 trường hợp kèm cơ RN bền bỉ và đều gặp ở cả 2 nhóm. Sự phân bố về loại cơ

NNTT giữa 2 nhóm I và II là không có sự khác biệt ($p>0,05$). Bảng 5 so sánh với một số tác giả trong sự phân bố các loại cơ NTT.

Bảng 5. So sánh với một số tác giả về sự phân bố các loại cơ NTT

Tác giả	AVNRT (%)	AVRT (%)	AT (%)
Yangni O [12]	73	27	0
Bottoni [6]	51,1	48,9	0
Randall AC [10]	60	30	10
Chúng tôi	68,3	29,6	2,2

Kết quả NC của chúng tôi cho thấy tỷ lệ cơ AVNRT cao hơn tác giả Bottoni [6], Randall AC [10] và thấp hơn so với Yangni O [12], trong khi cơ AVRT lại thấp hơn tác giả Bottoni [6], Randall AC [10] và cao hơn Yangni O [12]; có thể do chúng tôi NC trên cả người trẻ tuổi và cao tuổi nhưng với tỷ lệ nhóm cao tuổi cũng khá cao, còn các tác giả trên NC trên mọi lứa tuổi. Tuổi càng cao tỷ lệ nữ/nam càng tăng. BN cao tuổi có bị cơ AVNRT nhiều hơn so với nhóm trẻ tuổi, nhưng cơ AVRT lại thấp hơn so với nhóm trẻ tuổi. BN bị cơ AVNRT có tỷ lệ nữ cao hơn nam ở cả 2 nhóm nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Nhiều tác giả ghi nhận hiếm gặp cơ NTT kiểu nhịp nhanh nhĩ [6], [12], trong khi một số nghiên cứu cũng thấy tỷ lệ nhịp nhanh nhĩ cũng không hiếm gặp [10], chúng tôi vẫn ghi nhận được 2,2% có thể cơ nhịp nhanh nhĩ là do gặp nhiều ở BN có hội chứng WPW (Bảng 5).

Trong NC của chúng tôi tỷ lệ cơ AVNRT của nhóm II cao hơn nhóm I sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$), trong khi tỷ lệ cơ AVRT của nhóm II lại thấp hơn nhóm I, với $p>0,05$ (Bảng 2). Càng nhiều tuổi tỷ lệ cơ AVRT càng ít, do đường dẫn truyền phụ có xu hướng ngày càng kém đi [7], [9], tuy nhiên kết quả vẫn chưa thấy được sự khác biệt rõ ràng ($p>0,05$).

Liên quan giữa tuổi và giới theo loại cơ NTT: Tỷ lệ nam/nữ giữa 2 nhóm I và II là có sự

khác biệt với $p>0,05$; nhưng tỷ lệ nam/nữ giữa các nhóm AVNRT và AVRT và AT là có sự khác biệt với $p<0,05$. Ở cả hai nhóm I và II tuổi trung bình cơ AVNRT cao hơn cơ AVRT sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Độ tuổi trung bình giữa 2 nhóm có cơ AVNRT và AVRT là có sự khác biệt với $p<0,0001$ trong khi AT giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($p>0,05$).

4.2. Đặc điểm rối loạn nhịp tim ở thể cơ nhịp nhanh trên thất

4.2.1. Rối loạn nhịp tim ở thể cơ nhịp nhanh trên thất trên điện tâm đồ ngoài cơ

Trong nhóm BN cao tuổi bị cơ AVRT có 10 BN có hội chứng WPW trên ĐTĐ chiếm tỷ lệ 58,8%, nhóm BN trẻ có 7 BN có hội chứng WPW trên ĐTĐ, chiếm tỷ lệ 41,2% trong số BN có hội chứng WPW. So sánh tỷ lệ này giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($p>0,05$).

Tỷ lệ ĐTĐ ngoài cơ của BN có cơ AVRT có hội chứng WPW là 35,3%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn tác giả Phan Đình Phong là 54,8% [6], do NC chúng tôi NC trên nhiều đối tượng BN cao tuổi. Tỷ lệ này cao hơn nhóm BN trẻ tuổi với sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p<0,0001$) (Bảng 5). Càng cao tuổi khả năng dẫn truyền của đường phụ có xu hướng kém dần [3], [4].

4.2.2. Rối loạn nhịp tim ở thể cơ nhịp nhanh trên thất khi kích thích tim có chương trình

Kết quả về các loại cơ NTT: Đặc điểm cơ AVRT qua TDĐSL chúng tôi thấy gặp 100% BN cao tuổi bị cơ AVRT trong cả 2 nhóm NC đều là thể xuôi chiều, không gặp BN nào chiều ngược. Đối với cơ AVNRT qua khảo sát thấy nhóm BN cao tuổi có cơ AVNRT thể điển hình chiếm chủ yếu tới 96,7%, cao hơn so với nhóm BN trẻ tuổi thể điển hình (91,6%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Khả năng tái tạo cơ NTT: Trong quá trình TDĐSL để tái tạo được cơ nhịp nhanh thường sử dụng phương pháp kích thích tim theo chương trình, có nhiều phương pháp kích thích tim khác

nhau nhưng chủ yếu dùng hai phương pháp là: Kích thích với tần số tăng dần và kích thích với mức độ sớm dần. Một số trường hợp dùng các phương pháp kích thích trên không tái tạo cơn nhịp nhanh chúng ta có thể dùng thuốc isoprenaline hoặc atropin đường tĩnh mạch giúp dễ tái tạo cơn nhịp nhanh hơn. Quan điểm này đã được chứng minh bởi tác giả Đức Stellbrink và cộng sự [11].

Trong NC của chúng tôi sử dụng atropin giúp cho quá trình tái tạo cơn nhịp nhanh khi TDĐSL, kết quả phần lớn có thể tái tạo cơn nhịp nhanh bằng phương pháp kích thích tim theo chương trình chiếm tỷ lệ 91,4% (Bảng 4). Tỷ lệ tái tạo cơn nhịp nhanh bằng kích thích tim có chương trình của nhóm BN trẻ tuổi (93,7%) là cao hơn nhóm cao tuổi (89,0%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$), kết quả này tương đồng với tác giả Chen SA [8].

RLNT khác xuất hiện khi TDĐSL: Ở nhóm BN cao tuổi tỷ lệ rung, cuồng nhĩ chiếm tỷ lệ 24,2% trong khi ở nhóm trẻ tuổi là 7,4%, tất cả BN này đều có cơn rung, cuồng nhĩ ngắn tự hết không cần sốc điện cắt cơn. Tỷ lệ rung, cuồng nhĩ của nhóm II cao hơn nhóm I, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$. Có 5 BN có block nhánh chiếm tỷ lệ 5,5%, cả 5 BN này đều là block nhánh phải. Tỷ lệ block nhánh của nhóm II thấp hơn nhóm I, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. NC của chúng tôi thấy tỷ lệ rung nhĩ khi kích thích tim theo chương trình là 29/186 (15,6%), cao hơn so với tác giả Trần Song Giang tỷ lệ này là 14% [3], tác giả Trần Văn Đồng là 21,1% [5] do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm cao tuổi nhiều và độ tuổi trung bình cao hơn. So sánh với nhóm trẻ tuổi chúng tôi thấy tỷ lệ rung nhĩ trong quá trình TDĐSL nhóm BN cao tuổi nhiều hơn nhóm trẻ tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$ (Bảng 4). Kết quả trên có thể giải thích là theo nghiên cứu Framingham và nghiên cứu Cohort cho thấy rung nhĩ là một RLNT thường gặp ở người cao tuổi [4]. Trong đó tuổi và các bệnh lý tim mạch (tăng huyết áp, bệnh mạch vành, suy tim...) là yếu tố nguy cơ của

rung nhĩ. Đường dẫn truyền bất thường trong hội chứng WPW làm cho các tế bào cơ nhĩ tăng nhạy cảm với kích thích dễ tổn thương do đó dễ gây rung cuồng nhĩ [4]. Vai trò của đường chậm trong cơn AVNRT cũng tăng khả năng rung nhĩ ở bệnh nhân AVNRT không có bệnh thực tổn [3], [4], [10]. Điều này cho thấy tiềm ẩn nguy cơ nguy hiểm ở những BN này, đặc biệt là ở những BN có kèm theo RLNT khác như hội chứng WPW, rung cuồng nhĩ,..., cũng như những nguy cơ này cũng sẽ tăng lên đối với nhóm cao tuổi.

Trong NC của chúng tôi có 11/186 BN có block nhánh kèm theo khi kích thích tim có chương trình chiếm tỷ lệ 5,9% (Bảng 4), trong đó nhóm cao tuổi và trẻ tuổi có 5 và 6 BN bị block nhánh chiếm tỷ lệ tương ứng là 5,5% và 6,3%, và đều là block nhánh phải. Tỷ lệ block nhánh của nhóm II thấp hơn nhóm I, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Có 2 BN cơn AVRT có block nhánh phải và có đường phụ bên trái, điều này cho thấy block nhánh ở BN này không làm thay đổi TGCK cơn nhịp nhanh. Tỷ lệ block nhánh nhóm BN cao tuổi thấp hơn nhóm trẻ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (Bảng 4).

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 186 BN gồm 95 BN trẻ tuổi (51,1%) và 91 BN cao tuổi (48,9%) đều bị cơn NNTT, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Đặc điểm thể cơn NNTT: 68,3% cơn NNTT là cơn AVNRT, 29,6% là cơn AVRT, 2,2% cơn AT gặp ở trên BN hội chứng WPW. BN có biểu hiện hội chứng WPW trên ĐTĐ chỉ gặp ở 9,8%. Tỷ lệ bị cơn NNTT là nữ giới chiếm 69,4% là cao hơn so với nam giới bị cơn NNTT chỉ chiếm 30,6% ($p<0,01$), trong đó tỷ lệ nữ giới có cơn AVNRT và AVRT lần lượt là 73,6% và 26,4%; nam giới có cơn AVNRT và AVRT lần lượt là 56,1% và 36,8% và AT là 7,0%. Chỉ có 9,8% BN bị cơn NNTT có biểu hiện hội chứng WPW trên ĐTĐ.

Đặc điểm các RLNT khi được TDĐSLT: Khi TDĐSLT, tỷ lệ rung cuồng nhĩ xuất hiện ở 15,6% và tỷ lệ block nhánh gặp 5,9%; nhóm BN cao tuổi có tỷ lệ rung cuồng nhĩ cao hơn nhóm trẻ tuổi

($p < 0,01$). Độ tuổi trung bình có cơn AVNRT, AVRT ở nhóm cao tuổi là lớn hơn ở nhóm trẻ tuổi ($p < 0,0001$). Tỷ lệ có ĐTD ngoài cơn của BN có cơn AVRT có hội chứng WPW là 35,3% và xuất hiện ở nhóm II cao hơn nhóm I ($p < 0,0001$).

Qua đó có thể thấy cơn NNTT hay gặp ở nữ hơn nam, khả năng gặp cơn AVNRT cao hơn so với cơn AVRT. Độ tuổi trung bình có cơn AVNRT, AVRT ở nhóm cao tuổi là lớn hơn ở nhóm trẻ tuổi. Tỷ lệ rung cuồng nhĩ khá hay gặp ở cơn NNTT và ở nhóm cao tuổi hay gặp hơn nhóm trẻ tuổi, hội chứng WPW chiếm tỷ lệ đáng kể và ĐTD ngoài cơn của BN có cơn AVRT ở nhóm cao tuổi nhiều hơn nhóm trẻ tuổi.

Tài liệu tham khảo

1. Phạm Quốc Khánh (2002) *Nghiên cứu điện sinh lý học tim qua đường mạch máu trong chẩn đoán và điều trị một số rối loạn nhịp tim*. Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân y, Bộ Quốc phòng.
2. Phan Đình Phong (2005) *Nghiên cứu điện tâm đồ bề mặt và trong buồng tim của cơn tim nhanh vào lại nút nhĩ thất hoặc vào lại nhĩ thất*. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Trần Song Giang (2012) *Nghiên cứu đặc điểm điện sinh lý và điều trị nhịp nhanh do vòng vào lại nút nhĩ thất bằng năng lượng sóng có tần số radio*. Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Trần Thành Đạt và CS (2012) *Khảo sát tình hình cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất chẩn đoán - hướng xử trí tại Khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Đa khoa Bà Rịa*. Tạp chí Y học thực hành, số 1 năm 2012.
5. Trần Văn Đồng (2006) *Nghiên cứu điện sinh lý tim và điều trị bệnh nhân có hội chứng Wolff-Parkinson-White bằng năng lượng có tần số radio*. Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân y.
6. Bottoni N, Tomasi C, Donateo P et al (2003) *Clinical and electrophysiological characteristics in patients with atrioventricular reentrant and atrioventricular nodal reentrant tachycardia*. Europace 5(3): 225-229.
7. Canonico V, De CL, Vigorito C et al (1990) *Differences in blood pressure profile between young and elderly hypertensive patients*. J Hum Hypertens 4(4): 405-409.
8. Chen SA, Chiang SA, Yang CJ et al (1994) *Accessory pathway and atrioventricular node reentrant tachycardia in elderly patients: Clinical features, electrophysiologic characteristics and results of radiofrequency ablation*. J Am Coll Cardiol 23: 702-708.
9. De MM, Jacobs P, Haardt R, Englert M (1986) *Variations of normal sinus node function in relation to age: Role of autonomic influence*. Eur Heart J 7(8): 662-672.
10. Randall AC, Mitchell JS, Jay S et al (2010) *Common types of supraventricular tachycardia: Diagnosis and management*. American Family Physician 82(8): 942-952.
11. Stellbrink C, Diem B, Schauerte P et al (2001) *Differential effects of atropine and isoproterenol on inducibility of atrioventricular nodal reentrant tachycardia*. J Interv Card Electrophysiol 5(4): 463-469.
12. Yangni N'Da' O, Brembilla-Perrot B (2008) *Clinical characteristics and management of paroxysmal junctional tachycardia in the elderly*. Archives of Cardiovascular Diseases 101(3): 143-148.