

Hội Tim Mạch Học Việt Nam  
Vietnam National Heart Association



*Tập chí*

# Tim Mạch Học Việt Nam

Journal of  
Vietnamese Cardiology

***Trong số này***

Thư của tòa soạn  
Tin tức hoạt động của Hội Tim mạch  
Các nghiên cứu lâm sàng  
Chuyên đề Tăng huyết áp  
Chuyên đề Tim mạch can thiệp  
Chuyên đề giáo dục liên tục  
Chuyên đề về bệnh Tim bẩm sinh  
Trường hợp lâm sàng  
Điểm tin thời sự Tim mạch trên thế giới  
Chuyên đề giành cho bệnh nhân  
Hướng dẫn viết bài đăng trên Tạp chí  
Tim mạch học Việt Nam



HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM  
Vietnam National Heart Association

---

*Tap chí*

# Tim Mạch Học Việt Nam

---

Journal of Vietnamese Cardiology

(Xuất bản định kỳ 3 tháng 1 lần)

Số 40, tháng 3 năm 2005

---

**Tạp chí**  
**TIM MẠCH HỌC**  
**VIỆT NAM**  
**Số 40-2005**

---

**CƠ QUAN TRUNG ƯƠNG**  
**CỦA HỘI TIM MẠCH HỌC**  
**QUỐC GIA VIỆT NAM**  
(TRONG TỔNG HỘI Y  
- DƯỢC HỌC VIỆT NAM)

Tòa soạn: Văn phòng Trung ương  
Hội Tim mạch học Việt Nam - Bệnh viện  
Bạch Mai - Đường Giải Phóng - Hà Nội  
ĐT: (04) 8688488  
Fax: (04) 8688488  
Email: info@vnha.org.vn  
Website: www.vnha.org.vn

Tổng biên tập:  
GS.TS. NGUYỄN LÂN VIỆT

Phó Tổng biên tập:  
THS. PHẠM MẠNH HÙNG

Thư ký tòa soạn:  
THS. TRẦN VĂN ĐỒNG  
THS. NGUYỄN QUANG TUẤN  
THS. PHẠM THÁI SƠN  
THS. NGUYỄN LÂN HIẾU  
THS. NGUYỄN NGỌC QUANG

Ban biên tập:  
GS.TS. PHẠM GIA KHÁI  
GS.TS. NGUYỄN MẠNH PHAN  
GS.TS. ĐẶNG VĂN PHƯỚC  
PGS.TS. PHẠM NGUYỄN VINH  
PGS.TS. HUYỄN VĂN MINH  
TS. ĐỖ ĐOÀN LỢI  
TS. PHẠM QUỐC KHÁNH  
TS. VÕ THÀNH NHÂN

Giấy phép xuất bản: Số 528/GP-BVHTT  
Cấp ngày: 03-12-2002  
In tại Công ty cổ phần in 15

## MỤC LỤC

<i>Thư của tòa soạn</i>	1
<b>Tin tức hoạt động của Hội Tim mạch</b>	2
■ Những hoạt động của Hội Tim mạch trong thời gian qua	2
■ Thông báo về thành lập hai Phân Hội Siêu âm và Phân Hội Tăng huyết áp	4
■ Thông báo số 2 về Hội Nghị Tim mạch Miền Trung mở rộng lần thứ ba	5
■ Thư của chủ tịch Hội Tim mạch học Việt Nam	7
<b>Các nghiên cứu lâm sàng</b>	9
■ Tần suất hội chứng chuyển hóa ở người lớn Khánh Hòa, Việt Nam. Những tiêu chuẩn nào phù hợp với người Việt Nam châu Á?	9
■ Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và độ ngưng tập tiểu cầu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim	23
■ Áp dụng điện tim đồ Holter liên tục 24 giờ phát hiện các rối loạn nhịp tim	28
<b>Chuyên đề Tăng huyết áp</b>	38
■ Nhìn lại 100 năm phát minh tiếng đập Korotkoff và phân loại tăng huyết áp hiện nay	38
<b>Chuyên đề Tim mạch can thiệp</b>	45
■ Ứng dụng tế bào gốc trong ngành Tim mạch	45
<b>Chuyên đề giáo dục liên tục</b>	64
■ Một số tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị các bệnh tim mạch	64
<b>Chuyên đề về bệnh Tim bẩm sinh</b>	73
■ Những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị các bệnh tim bẩm sinh	73
<b>Trường hợp lâm sàng</b>	81
■ Nhân 2 trường hợp đóng Thông liên thất phần quang màng bằng dụng cụ qua da tại viện Tim mạch Việt Nam	81
<b>Điểm tin thời sự Tim mạch trên thế giới</b>	89
■ Nhồi máu cơ tim cấp trong thời kỳ thai nghén hiếm gặp nhưng ngày càng gia tăng	89
<b>Chuyên đề giành cho bệnh nhân</b>	100
■ Các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch	100
■ Hướng dẫn viết bài đăng trên Tạp chí Tim mạch học Việt Nam	108

# Thư tòa soạn

*Kính thưa các quý đồng nghiệp,  
Thưa các bạn độc giả quý mến,*

*Chúng tôi rất vui mừng nhận được nhiều tin và bài của các đồng nghiệp và các quý độc giả gần xa hoan nghênh cũng như đóng góp quý báu cho tờ báo của chúng ta ngày một phát triển về mọi mặt. Thay mặt Hội Tim mạch và Ban biên tập, chúng tôi trân trọng cảm ơn sự hợp tác quý báu của các bạn và rất mong các đồng nghiệp và các bạn tiếp tục hợp tác và đóng góp nhiều hơn nữa cho tờ báo.*

*Như chúng ta đã biết, những năm gần đây ngành Tim mạch nước nhà có những bước tiến bộ đáng khích lệ. Đặc biệt, chúng ta vui mừng đã có sự phát triển rộng khắp với nhiều trung tâm trên cả nước chứ không chỉ tập trung ở một số trung tâm lớn như trước đây. Trong những nỗ lực không ngừng đó, Tạp chí Tim mạch Học Việt nam đã đóng góp một phần nhỏ bé và trở thành một diễn đàn khoa học khá quan trọng thúc đẩy sự phát triển này. Chúng tôi xin nhấn mạnh là hoạt động hiện nay của Hội Tim mạch nói chung và của Tạp chí Tim mạch nói riêng là hoạt động không lợi nhuận và chủ yếu dựa trên tinh thần tự nguyện và đóng góp vô tư của các nhà khoa học trong lĩnh vực Tim mạch, đặc biệt là của Ban chấp hành và Ban biên tập. Do vậy, chúng tôi rất mong sự ủng hộ của các đồng nghiệp và các bạn trong việc tham gia tích cực gửi bài, đóng góp ý kiến và công sức để xây dựng tờ báo của chúng ta ngày một tốt hơn, xứng đáng là tiếng nói chung của ngành Tim mạch nước nhà.*

*Trong số này, chúng ta sẽ cùng nhau tìm hiểu một số nghiên cứu lâm sàng khá đặc sắc về Hội chứng chuyển hoá, ngưng kết Tiểu cầu ở bệnh nhân tắc mạch não hay Holter điện tim đồ của các tác giả ở những trung tâm, bệnh viện khác nhau trong cả nước. Điều này càng minh chứng cho những nhận định ban đầu của chúng tôi nói trên. Chúng ta cũng có dịp ôn lại và tìm hiểu thêm về những tiến bộ trong Tim mạch thông qua những chuyên đề lớn như Những vấn đề tổng quan trong Tim mạch, chuyên đề Tim mạch can thiệp, chuyên đề tăng huyết áp... Đặc biệt, một vấn đề cực kỳ thời sự hiện nay là việc ứng dụng tế bào gốc (stem cell) trong tim mạch được đề cập khá kỹ và hệ thống trong chuyên đề Tim mạch học can thiệp. Bên cạnh những chuyên đề trên, mục điểm tin thời sự Tim mạch sẽ cho các bạn những tin tức nóng hổi nhất trên thế giới trong thời gian qua. Các quý đồng nghiệp, và đặc biệt các bạn đọc sẽ tìm thấy bổ ích trong chuyên đề giáo dục cho bệnh nhân.*

*Chúng tôi trân trọng chuyển tới các bạn, các quý đồng nghiệp những thông tin bổ ích trong số này và một lần nữa rất mong sự hợp tác và đóng góp của các quý đồng nghiệp và các bạn.*

*Trân trọng cảm ơn.*

*Thay mặt Ban biên tập,*

*Tổng biên tập  
GS. TS. Nguyễn Lâm Việt*

## TIN TỨC HOẠT ĐỘNG CỦA HỘI TIM MẠCH

### Những hoạt động của Hội Tim mạch học Việt Nam thời gian qua

**T**hời gian qua, Hội Tim mạch học Việt Nam đã có một số hoạt động đáng kể như sau:

1. Xây dựng xong Website chính thức của Hội với tên miền là [www.vnha.org.vn](http://www.vnha.org.vn) và địa chỉ giao dịch là [info@vnha.org.vn](mailto:info@vnha.org.vn). Như đã giới thiệu trong số báo trước, đây thực sự trở thành một công cụ đắc lực để các đồng nghiệp và các bạn quan tâm có thể tìm hiểu, trao đổi về Hội Tim mạch Học Việt Nam cũng như cung cấp những thông tin bổ ích trong lĩnh vực Tim mạch.

2. Củng cố và phát triển tờ Tạp chí *Tim mạch học* của Hội.

3. Tham gia các hoạt động khoa học, cùng một số tổ chức, hãng dược phẩm tổ chức những cuộc hội thảo khoa học với sự tham gia của nhiều đồng nghiệp.

4. Tham gia các cuộc hội thảo khoa học quốc tế và có đóng góp tiếng nói như: Hội nghị Tim mạch các nước Đông Nam Á, Hội nghị Tim mạch học Hoa Kỳ (ACC), Hội nghị Tim mạch học các nước trong khu vực... Nhiều đại biểu trong nước đã được mời làm chủ tịch đoàn (Faculty) và có những trình bày báo cáo khoa học (ví dụ như tại Hội Nghị Tim mạch Can thiệp Singapore 1/2005, đoàn Việt Nam có 5 đại biểu là Faculty).

5. Tham gia cuộc họp Ban chấp hành Liên Đoàn Tim mạch Đông Nam Á (AFC) tại Thái Lan tháng 3 năm 2005.

Đây là một cuộc họp rất quan trọng và có một số nét chính sau:

- Các đại biểu trong ban chấp hành AFC rất hoan nghênh và ủng hộ Việt Nam đã trở thành thành viên chính thức của AFC.

- Trước mắt chúng ta phải đóng lệ phí là 3000 USD/năm (đây là mức ưu tiên chỉ bằng một nửa).

- Thống nhất để Việt Nam tổ chức Hội nghị Tim mạch Đông Nam Á lần thứ 17 năm 2008.

- Thống nhất bổ sung một số quy chế hoạt động của AFC.

- Bàn về việc lập trụ sở của AFC và ban thư ký dài hạn.

- Bàn về khả năng thành lập Trường môn Tim mạch Học Đông Nam Á (ASEAN College of Cardiology) thiên về giáo dục và Hàn lâm Khoa học.

6. Một tin vui cho Hội Tim mạch học Việt Nam là GS.TS. Phạm Gia Khải, Chủ tịch Hội vừa qua đã được công nhận là Thành viên chính thức của Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ (FACC). Đây là vinh dự lớn vì FACC là một chức danh có uy tín trên thế giới và là cơ hội tốt để Chủ tịch Hội của chúng ta lãnh đạo và giúp đỡ Hội Tim mạch Việt Nam hội nhập hơn trên trường quốc tế.

7. Chúng ta đang tích cực chuẩn bị cho việc tổ chức hội nghị Tim mạch

Đông Nam Á 2008. Đây là một cơ hội tốt giúp chúng ta học tập, nâng cao, khẳng định mình và hội nhập với thế giới.

8. Chúng ta còn một số khó khăn trong hoạt động:

- Kinh phí rất hạn chế. Tiền hội phí đã thu được hầu như chỉ đủ để gửi báo và thông báo đến các đồng nghiệp. Việc in báo chủ yếu trông chờ vào nguồn tài trợ của các công ty. Chúng ta còn phải đóng hội phí AFC hàng năm là 3000 USD (ba nghìn), có vậy chúng ta mới là thành viên chính thức và được quyền đăng cai tổ chức hội nghị.

- Hội không có trụ sở làm việc riêng mà hiện nay đang mượn tạm một phòng nhỏ của Viện Tim mạch Việt Nam.

- Sự tài trợ của các hãng Dược phẩm và Trang thiết bị Y tế là rất quan trọng. Tuy nhiên, hiện nay vẫn còn rất khiêm tốn.

- Nhiều đồng nghiệp, đặc biệt là các Ủy viên ban chấp hành Hội chưa thật sự nhiệt tình với hoạt động của Hội nhất là trong việc gửi bài cho Tạp chí. Do vậy, chúng tôi luôn luôn kêu gọi sự đóng góp của các đồng nghiệp □

## Thông báo về thành lập Phân Hội Siêu âm tim và Phân Hội Tăng huyết áp

**T**rong những năm qua, chúng ta rất vui mừng chứng kiến sự phát triển của ngành Tim mạch thế giới nói chung và của ngành Tim mạch nước nhà. Tuy nhiên, chúng ta cũng không khỏi lo ngại trước việc mô hình bệnh tật tim mạch đã có sự thay đổi và diễn biến phức tạp. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh tim mạch và tử vong do bệnh tim mạch đang có xu hướng tăng nhanh chóng, trong đó, đặc biệt là những bệnh tim mạch không lây nhiễm. Sự hao tổn về nguồn nhân lực và vật lực cho bệnh tim mạch đã rất đáng kể và rất đáng quan tâm trong xã hội. Mặc dù khoa học đã có nhiều tiến bộ và đã có những bước tiến vượt bậc trong chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa bệnh tim mạch, nhưng vẫn rất cần đòi hỏi sự nỗ lực không ngừng của những nhà tim mạch học nói riêng trong việc tiếp cận những kiến thức mới và chủ động trong cuộc chiến chống lại bệnh tim mạch.

Hội Tim mạch học Việt Nam, với tư cách là tổ chức tập hợp tiếng nói chung của ngành tim mạch và đội ngũ làm tim mạch nước nhà trong công cuộc phòng và chống bệnh tim mạch, đã có những nhận thức rất rõ ràng và đúng đắn về vai trò của mình trong giai đoạn mới. Bên cạnh những công tác phát triển chung, Hội rất chú trọng đi sâu vào từng lĩnh vực trong Tim mạch như: Tim mạch học can thiệp, Tăng huyết áp, Siêu âm tim, Suy tim, bệnh tim bẩm sinh... Với mong muốn có

thể phát huy hơn nữa vai trò của mình và để phát triển sâu rộng trên mọi lĩnh vực trong thời đại khoa học kỹ thuật phát triển như vũ bão và có rất nhiều lĩnh vực, khái niệm khoa học mới xuất hiện, Hội Tim mạch học Việt nam đã và đang xây dựng một số nhóm theo hướng hoạt động đi sâu theo từng lĩnh vực (các Phân Hội). Phân Hội Tim mạch học Can thiệp đã được thành lập năm 2004 và đã gây được tiếng vang tốt cũng như hoạt động rất tích cực đóng góp cho sự phát triển chung của ngành. Nay, trước yêu cầu thực tế của mô hình bệnh tật, trước quy luật phát triển chung và với sự lớn mạnh của đội ngũ các nhà chuyên môn, Ban chấp hành Hội Tim mạch đã quyết định vận động thành lập thêm 2 Phân Hội Siêu âm tim và Phân Hội Tăng huyết áp. Ban vận động thành lập Phân Hội Tăng huyết áp sẽ do PGS.TS. Huỳnh Văn Minh (Đại học Y khoa Huế) làm trưởng ban và Phân Hội Siêu âm tim sẽ do PGS.TS. Phạm Nguyễn Vinh (Viện Tim TP. Hồ Chí Minh) là trưởng ban.

Hội Tim mạch Học Việt Nam rất mong các Hội viên và các bạn đồng nghiệp tích cực hưởng ứng, tham gia, ủng hộ và đóng góp mọi mặt để 2 Phân Hội có thể được thành lập và đi vào hoạt động tốt, góp phần thúc đẩy sự phát triển chung của Hội và của ngành□

*Xin theo dõi chi tiết những thông báo tiếp theo.*

## Thông báo số 2 về Hội Nghị Tim mạch miền Trung mở rộng lần thứ ba

(Second announcement)

*Kính thưa quý đồng nghiệp,*

Hội nghị Tim mạch miền Trung mở rộng lần III sẽ được tổ chức vào ngày 8-9 tháng 8 năm 2005 tại thành phố Quy Nhơn. Hội nghị quy tụ hơn 700 đại biểu miền Trung, toàn quốc và khách quốc tế tham dự, hy vọng đây là cơ hội quý để gặp gỡ các đồng nghiệp thảo luận trao đổi cập nhật những thông tin mới nhất về lĩnh vực Tim mạch học năm 2005 đồng thời tham quan du lịch thành phố Quy Nhơn.

Quy Nhơn là một thành phố biển đẹp nổi tiếng miền Trung với những bãi biển đẹp và có nhiều di tích lịch sử nổi tiếng. Quy Nhơn cũng có một hệ thống thuận lợi đường bộ, đường hàng không, đường sắt, và đặc biệt có hệ thống khách sạn cao cấp 3, 4 sao như Life Resort Quy Nhơn, Cosevco, Hoàng Anh Quy Nhơn, Hải Âu Quy Nhơn và có cả khách sạn giá cả bình dân.

Hội nghị có một Hội đồng khoa học gồm những Giáo sư, Tiến sĩ sẽ tạo cho chương trình Hội nghị đạt được chất lượng cao. Cho đến cuối tháng 3/2005, Ban tổ chức đã nhận được 45 đề tài đăng ký báo cáo với các bài tổng quan và công trình nghiên cứu khoa học cập nhật với các chủ đề: Các yếu tố nguy cơ Tim mạch, Tim mạch học can thiệp, Suy tim, Hội chứng chuyển hóa, Tim

mạch học dự phòng của các Giáo sư, Phó Giáo sư, Tiến sĩ và Bác sĩ từ thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội, các tỉnh thuộc khu vực miền Trung và các Giáo sư Mỹ, Singapor, Pháp... Trong dịp này chúng tôi đã nhận được sự đồng ý tham dự Chủ tịch đoàn của một số Giáo sư đầu ngành.

Tất cả những đồng nghiệp đăng ký tham dự Hội nghị sẽ nhận giấy mời và chương trình Hội nghị trước ngày 15/7/2005. Hội nghị khoa học sẽ nhận những đề tài có chất lượng để báo cáo bằng miệng hay poster và chọn ra 10 Abstracts hay nhất của các chủ đề tài dưới 45 tuổi để báo cáo vào buổi chiều ngày 8 tháng 8 năm 2005 trước Hội đồng khoa học của Hội nghị để chọn ra 3 Abstracts có giá trị để phát thưởng: giải nhất 1.000USD, giải nhì 600USD, giải ba 400USD. Chúng tôi sẽ thông báo đến tác giả kết quả và hình thức báo cáo. Các đề tài sẽ in tóm tắt toàn văn vào số phụ san đặc biệt dành cho Hội nghị.

Hội nghị tổ chức trọng thể ở Hội trường A và B tại Khách sạn Cosevco. *Ngoài ra ngày 7/8/2005 Phiên họp Thành lập Phân Hội Tăng huyết áp quốc gia Việt Nam tại khách sạn Hoàng Anh Gia Lai sẽ có giấy thông báo riêng đến quý đại biểu.*

Qua thông báo số 2 này, Ban tổ chức chúng tôi rất cảm ơn sự ủng hộ và hợp tác của quý đồng nghiệp. Đồng thời để đáp ứng yêu cầu của nhiều đồng nghiệp, Ban tổ chức và Hội đồng khoa học quyết định nới rộng hạn chót gửi tóm tắt đề tài để tham dự Hội nghị cho đến ngày 01 tháng 7 năm 2005, rất mong các đồng nghiệp, các vị Giáo sư, Tiến sĩ gửi báo cáo khoa học tóm tắt đề tài để tham gia Hội nghị qua địa chỉ:

**1. Khu vực từ Đà Nẵng trở ra:  
PGS.TS Huỳnh Văn Minh, Trường Đại học Y khoa Huế**

Tel: 054-826417 (CQ), 054-824290 (NR)  
và Mobile: 0914-062226

Email:

Fax 84.54.826269

**2. Khu vực từ Quảng Nam trở vào:**

**BS. Phan Nam Hùng - Phó Tổng Thư ký Hội Nội khoa Việt Nam**, địa chỉ: 764 Trần Hưng Đạo, Quy Nhơn, điện thoại: 056-791413

Mobile: 0905-340949, Email:

Fax: 056-827520

Website của Hội nghị: [www.bidiphar.com/hntmmt/UT](http://www.bidiphar.com/hntmmt/UT)

Thời gian nhận bài còn dài hy vọng sắp đến Ban tổ chức sẽ tiếp tục nhận thêm nhiều báo cáo đăng ký của các đồng nghiệp.

Xin chân thành cảm ơn

**Ban Tổ chức**

## **Thư của chủ tịch Hội Tim mạch học Việt Nam**

---

***Kính gửi các đồng nghiệp!  
Hội viên Hội Tim mạch học Việt Nam***

***Thưa các bạn,***

*Hội chúng ta được xây dựng đúng 2 thập kỷ, nay đã lớn mạnh rất nhanh và đã tiến hành Hội nghị Tim mạch thường kỳ toàn quốc 2 năm một lần.*

*Song song với sự lớn mạnh của Hội Tim mạch quốc gia Việt Nam, các Hội nghị Tim mạch miền Nam và miền Trung cũng có sự thu hút rất quan trọng tạo ra một phong trào nồng nhiệt xây dựng nền tim mạch học toàn quốc phát triển đồng đều và đem lại nhiều thành quả tốt đẹp trong công tác nghiên cứu khoa học tim mạch, cũng như phòng chống bệnh tim mạch trong nhân dân. Vừa qua Hội nghị Tim mạch miền Trung mở rộng lần II đã tổ chức thành công tại Khánh Hòa và sắp đến Hội nghị Tim mạch miền Trung mở rộng lần III sẽ diễn ra tại Quy Nhơn từ ngày 8-9/8/2005.*

*Quy Nhơn là một thành phố biển đẹp nổi tiếng miền Trung, với những bãi biển đẹp: Ghềnh Ráng, Bãi Dài, Bãi tắm Hoàng Hậu... Xa xa, thành phố còn có điện Tây Sơn thờ 3 anh hùng áo vải của dân tộc Việt Nam: Nguyễn Nhạc, Nguyễn Huệ, Nguyễn Lữ, có khu du lịch sinh thái: Hầm Hô, Suối 1, Hồ Núi 1... đặc biệt có nhiều di tích tháp Chăm nổi tiếng: Tháp đôi, Tháp Bánh Ít, Tháp Dương Long... quý vị sẽ ngỡ ngàng trước vẻ đẹp cổ kính nổi tiếng của Vương quốc Chăm-pa.*

*Chúng tôi rất mong các Hội viên Tim mạch ở các trung tâm Tim mạch lớn cũng như các địa phương, đặc biệt các Giáo sư trong và ngoài nước hưởng ứng nhiệt tình, tham dự Hội nghị lần này.*

***Chúng tôi chúc cho Hội nghị thành công tốt đẹp.***

Hà Nội, ngày 05 tháng 11 năm 2004

**GS. TS. PHẠM GIA KHẢI**

**Chủ tịch Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam**

HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM  
 HỘI Y DƯỢC HỌC TỈNH BÌNH ĐỊNH - HỘI NỘI KHOA TỈNH BÌNH ĐỊNH  
 VIETNAM NATIONAL HEART ASSOCIATION  
 MEDICAL PHARMACEUTICAL ASSOCIATION OF BINH DINH PROVINCE  
 BINH DINH INTERNAL MEDICINE ASSOCIATION

HỘI NGHỊ TIM MẠCH MIỀN TRUNG MỞ RỘNG LẦN THỨ III  
 8-9 tháng 8 năm 2005

## PHIẾU ĐĂNG KÝ

Học vị và Học hàm: GS PGS TS ThS BS. CKII BS. CKI BS

Họ và tên: .....

Đơn vị: .....

Địa chỉ liên lạc: .....

Đăng ký gửi đề tài tham dự hội nghị: Có / Không

Tên đề tài: .....

1. ....

2. ....

Kèm theo là tóm tắt đề tài với cấu trúc các mục: Mục tiêu, Phương pháp, Kết quả và Kết luận không quá 01 trang A4, Font VNI-Times, cỡ chữ 12.

Số người cùng tham dự: .....

Họ và tên: .....

.....

Đăng ký khách sạn do Ban Tổ Chức đặt trước giúp:

Giá 1 phòng 24 giờ loại thường: 80.000 - 150.000đ Trung bình 150.000 - 200.000đ

Cao cấp > 300.000đ , Nguyên phòng , Xin chia phòng với đồng nghiệp khác

Điện thoại: Cơ quan:....., Nhà riêng:....., Mobile:.....

Fax:....., Email: .....

## CÁC NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

Tần suất hội chứng chuyển hóa ở người lớn Khánh Hòa, Việt Nam. Những tiêu chuẩn nào phù hợp với người Việt Nam châu Á?

Prevalence of metabolic syndrome among Vietnamese adults living at Khanh Hoa province. Which are criteria appropriate for western Asian-pacific population?

*Trần Văn Huy\**, *Trương Tấn Minh\*\**  
\* Bệnh viện Tỉnh Khánh Hòa, \*\* Sở Y Tế Khánh Hòa

### Abstract

**Background:** The metabolic syndrome is characterized by a specific clustering of risk factors, including dyslipidemia, central adiposity, systemic hypertension (HTN), insulin resistance, and dysglycemia. It is associated with an increased risk of developing cardiovascular disease (CVD). Accurate data on prevalence and characteristics of metabolic syndrome will facilitate the development of preventive strategies for CVD. **Objective:** To estimate accurately the prevalence of metabolic syndrome among Vietnamese adults with the usual criteria or with the criteria modified for Asian population. **Design and methods:** We studied a representative, cross-sectional, population-based sample of eight hundred and fifty six subjects (mean age  $52.8 \pm 16.3$ ) classified in three age groups from 15-34 years, 35-54 years and >54 years of age, living in Khanh Hoa province, Vietnam. Metabolic syndrome was diagnosed according to the criteria defined by the Third Report of the

National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III) and by the modified criteria for some Asian populations in which the waist circumference is considered abnormal if it is >90 cm for males and >80 cm for females. **Results:** Using the NCEP-ATP III criteria, the prevalence of MS in the studied population was 10.0% (CI 95%: 8.1-12.3). It was 2.4% in the 15-34 age group (men 4.5% and women 1.2%); 35-54 age group is 5.2% (men 6.3%, women 4.5%) and over 54 age group is 15.8% (men 9.7%, women 21.7%). Women was more common than in men (11.7% vs. 8.0%  $P < 0.001$ ). Using 2001 census data of the population in the whole province over 15 years (695,218 habitants) we estimate about 35,193 people have the metabolic syndrome. Waist circumference was the least common component of metabolic syndrome (2.1% for men and in 6.1% for women). Overall, 45.2% of the studied population had one component of metabolic syndrome, 23.1% had two components, 8.2% had three

components, 1.6% had four components, and 0.2% had fully five components. No components of metabolic syndrome were identified in 21.7%. If using the modified criterion of the waist circumference, the prevalence of metabolic syndrome in the studied population was 15.7%; 15-34 age group is 4.0%; 45-54 age group is 12.5% and age group over 54 is 21.5%. Prevalence of component of modified waist circumference was 10.9% for men and 23.6% for women **Conclusions:** Metabolic syndrome is more accurately identified among Vietnamese adults using the modified criterion of the waist circumference for some Asian populations. Its prevalence is similar to the ones in the developed countries.

**Key words:** Metabolic syndrome, epidemiology, cardiovascular disease

**Corresponding author:** Dr. Huy Van Tran. 48a, 23-10 st. Nha Trang City tel 84 913490290; fax 8458 812344 email: tshuynt@dng.vnn.vn

**Tóm tắt nền tảng:** Hội chứng chuyển hóa (MS) được hình thành từ một nhóm yếu tố nguy cơ gây xơ vữa động mạch gồm rối loạn lipid máu, béo phì, tăng huyết áp, sự đề kháng insuline và rối loạn đường huyết lúc đói. Nó được gắn liền với sự gia tăng bệnh tim mạch đang phát triển. Nhận biết đúng về tần suất và những đặc điểm của MS sẽ là tiền đề cho việc phát triển những chiến lược dự phòng tim mạch có hiệu quả.

**Mục đích:** Ước tính tỷ lệ MS ở người lớn Khánh Hòa, Việt Nam và tìm những điểm khác biệt với các nước phương Tây bởi tiêu chuẩn thường dùng và tiêu chuẩn điều chỉnh.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang với một cỡ mẫu đại diện qua ba tầng tuổi 15-34, 35-54 và trên 54 với 856 đối tượng có tuổi trung bình 52+/-16 đang sống tại tỉnh Khánh Hòa Việt Nam. MS được chẩn đoán theo các tiêu chuẩn của ATP III Hoa Kỳ khi có 3 trong năm tiêu chuẩn sau: 1/Huyết áp tâm thu > 130 mmHg và hoặc HATTr>85mmHg, 2/Vòng eo nam >112cm, nữ > 88cm; 3/HDL < 40mg/dl ở nam và < 50mg/dl ở nữ, 4/Triglyceride >150mg/dl; 5/Đường huyết lúc đói > 110mg/dl. So sánh với tiêu chuẩn MS đang đề nghị của vùng Tây Thái Bình Dương Châu Á là tương tự ATP III nhưng tiêu chuẩn vòng eo ở nam > 90cm và nữ > 80cm tương tự như tiêu chuẩn điều chỉnh chẩn đoán béo phì dành cho châu Á (WPRO 2000).

**Kết quả.** Theo tiêu chuẩn ATP III, tần suất của MS trong cỡ mẫu nghiên cứu là 10.0% (CI 95%: 8.1-12.3), nhóm tuổi 15-34 có tần suất là 2.4 %, nhóm 35-54: 5.2% và nhóm > 54: 15.8%. Dựa theo tỷ lệ dân số toàn tỉnh > 15 tuổi thống kê 2001 với tuổi trung bình 33,68 ±16,83 chúng tôi ước tính có 35.193 /695218 người dân Khánh Hòa > 15 tuổi có MS. Tiêu chuẩn HLD-C thấp có tỷ lệ cao nhất 37%, vòng eo có tỷ lệ thấp nhất 4 %, tần suất MS có sự khác biệt giữa các vùng sinh thái khác nhau, thành thị 17,9% cao hơn nông thôn 11,6%, thấp nhất ở miền núi 5% p < 0,01. Tần suất MS có sự gia tăng với tuổi, nữ nhiều hơn nam. 45.2% trong số đối tượng nghiên cứu có một yếu tố, 23,1% có 2 yếu tố, 8,2% có 3 yếu tố, 1,6% có 4 yếu tố và 0,2% có đầy đủ 5 yếu tố. Chỉ có 21,7% là không có yếu tố nào. Theo tiêu chuẩn

điều chỉnh thì tỷ lệ MS của cỡ mẫu nghiên cứu là 15.7% (CI 95%: 13.4-18.4) nam 13.5% và nữ 17,3% và có tỷ lệ MS theo các nhóm tuổi 4.0%, 12.5% và 21.5% lần lượt nằm trong ranh giới của tần suất MS của các nước phương Tây.

**Kết luận:** Hội chứng chuyển hóa thường gặp ở người lớn Việt nam, với tiêu chuẩn điều chỉnh vòng eo là phù hợp cho người châu Á vùng Tây Thái Bình Dương và có tần suất tương tự với các nước phương Tây.

### Giới thiệu:

Bệnh tim mạch đang là nguyên nhân hàng đầu của tử suất và bệnh suất không những ở các quốc gia đã phát triển mà ngay cả quốc gia đang phát triển [1]. Theo báo cáo của Tổ chức Y Tế Thế giới hiện nay tử vong do bệnh tim mạch chiếm 1/3 tử vong chung của toàn thế giới (17/50 triệu ca tử vong/năm) trong đó 80% tập trung ở các quốc gia đang phát triển [1]. Những yếu tố nguy cơ tim mạch chính đã được khẳng định là tăng huyết áp (THA), rối loạn lipid máu (RLLM), thuốc lá (TL), đái tháo đường (ĐTĐ), tuổi và tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm (TSGD) [2-12]. Ngoài ra những yếu tố như béo phì, ít vận động, đái microalbumine niệu, tăng homocystein...v.v là những yếu tố nguy cơ đã và đang được khẳng định [1-10]. Ngày nay một trong những vấn đề thời sự nhất của tim mạch và nội tiết học là hội chứng chuyển hóa (MS) bao gồm một nhóm yếu tố mà gắn liền với sự đề kháng insuline đang ảnh hưởng đến mọi người [4-9]. Tại Mỹ MS đang ảnh hưởng đến gần 25% người lớn với sự gia tăng nguy cơ bệnh mạch vành một cách đáng kể [6-7]. Tại Việt Nam tỷ lệ THA tùy

từng vùng có ranh giới 10-20% ở người lớn, ĐTĐ từ 4,47%-7% và RLLM từ 21-50% [13-16]. Tại châu Á tần suất MS tùy theo phương pháp mà có những tỷ lệ khác nhau từ 15-35% như Ấn Độ có tỷ lệ 23%, Israel 15%, Iran 33%, Indonesia là 17% [17-20]. Riêng về tần suất MS tại Việt Nam hiện chưa có một công trình nào được công bố. Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích điều tra về tần suất MS ở người lớn tại một tỉnh miền Trung Việt Nam. Tìm những điểm khác biệt với các nước phương Tây, từ đó có hướng đề xuất tiêu chuẩn chẩn đoán MS phù hợp hơn tại khu vực cũng như đề xuất những chiến lược kiểm soát yếu tố nguy cơ MS trong cộng đồng mà đang được xem như một thách thức lớn cho toàn xã hội.

### Phương pháp nghiên cứu:

**Đối tượng:** Nam và nữ từ 15 tuổi trở lên sống tại Khánh Hòa tự nguyện tham gia vào chương trình nghiên cứu các yếu tố nguy cơ tim mạch của ngành y tế Khánh Hòa. Đặc điểm về dân số và các vùn sinh thái của tỉnh Khánh Hòa. Khánh Hòa là một tỉnh thuộc Nam Trung Bộ Việt Nam có các vùng sinh thái chính sau: Thành thị: 38,5%. Đồng bằng: 46%. Ven biển: 12%. Miền núi: 3,5%. Dựa theo thống kê dân số tỉnh Khánh Hòa 2001 có tổng số dân 1.071.062. Mật độ dân số: 206 người/km<sup>2</sup>. Đơn vị hành chính: 127 xã phường. Sự phân bố số dân trên 15 tuổi của toàn tỉnh như sau: Tổng số dân > 15 tuổi: 695.218 bao gồm nhóm 15-34: 407280 có tỷ lệ 58,58%; 35-54: 189390 có tỷ lệ 27,24 và > 54: 98548: 14,17%. Tuổi trung bình trên 15: 33,68 ± 16,83.

**Phương pháp:** Khảo sát, cắt ngang, điều tra dịch tễ trên phạm vi toàn tỉnh Khánh Hòa. Cỡ mẫu: Dựa vào số sự

phân bố tỷ lệ dân số của tỉnh Khánh Hòa theo từng tầng tuổi và các vùng sinh thái và dựa vào tỷ lệ THA 1988 trên phạm vi toàn tỉnh của các nhóm tuổi: 16-40: 2,5% ; 41-60: 16,2% >60:

huyết lúc đói >110mg/dl. Bên cạnh chúng tôi cũng áp dụng tiêu chuẩn MS điều chỉnh vòng eo của vùng Tây Châu Á Thái Bình Dương như WPRO 2000 đối với chẩn đoán béo phì. Tương tự ATP III

Nhóm tuổi	Số n	Thành thị	Đồng bằng	Ven biển	Miền núi
15-34 e=0,02	253	98	117	29	9
35-54 e=0,04	336	133	154	37	12
>55 e=0,04	481	185	222	57	17
Tổng số	1070	416	493	123	38

26,2%. Tính cỡ mẫu điều tra về yếu tố huyết áp theo nhị thức Newton. Độ chính xác với khoảng mở rộng  $e = 0,04 - 0,02$  và khoảng tin cậy  $P = 0,05$ . Chúng tôi tính cỡ mẫu về yếu tố huyết áp theo từng tầng tuổi và vùng sinh thái như sau:

Đối với cỡ mẫu về đường huyết lúc đói >110mg/dl, dựa vào nghiên cứu một số nơi khác trên toàn quốc có tỷ lệ từ 10% đối với người >25 tuổi, chúng tôi có cỡ mẫu với  $e=0,02$  và  $P=0,05$ :  $n=475$ . Đối với tăng triglycerid và HDL giảm <40mg/dl, theo một nghiên cứu trước đây 2001 ở bệnh nhân THA có tỷ lệ RLLM là 21% [16] nên cỡ mẫu có  $e=0,04$  và  $P=0,05$  có  $n= 414$ . Tính cỡ mẫu chung cho tất cả các yếu tố của MS là cỡ mẫu lớn nhất theo từng tầng tuổi và vùng sinh thái: 1070 người.

**Tiêu chuẩn chẩn đoán:** Chẩn đoán MS theo ATP III: MS được chẩn đoán xác định khi có ba trong năm tiêu chuẩn sau: 1/Huyết áp tâm thu >130 mmHg và hoặc HATTr >85mmHg, 2/Vòng eo: nam >112cm, nữ >88cm; 3/HDL-C <40mg/dl ở nam và <50mg/dl ở nữ, 4/Triglyceride >150mg/dl; 5/Đường

nhưng tiêu chuẩn vòng eo ở nam > 90cm và nữ >80cm.

**Phương thức tiến hành điều tra:** Bóc thăm chọn địa bàn điều tra gồm các phường xã đại diện của bốn vùng sinh thái. Chọn ngẫu nhiên trong danh sách dân số của các phường xã điều tra này thành danh sách đối tượng nghiên cứu theo từng tầng tuổi. Phương tiện: Máy đo huyết áp: Máy đo huyết áp thủy ngân mới hiệu: Royal. Máy xét nghiệm: ALLYON 300 (ABOTT, USA). Khám sàng lọc lần I: Tất cả các đối tượng điều tra đều được khám sàng lọc phát hiện các yếu tố nguy cơ tim mạch theo bảng câu hỏi và khám lâm sàng. Vòng eo được đo ngang rốn. Làm các xét nghiệm đường máu và lipid máu bao gồm cholesterol toàn phần (CT), HDL-C, Triglyceride (TRI) và LDL-C cho tất cả các đối tượng sau khi được thông báo nhịn đói trước 12 giờ và ngừng tất cả các thuốc đang sử dụng nếu có từ 1 - 2 ngày trước. Máu xét nghiệm được lấy máu tĩnh mạch và bảo quản đưa về xét nghiệm ngay tại Viện Pasteur Nha Trang. Khám sàng lọc lần II. Sau khám sàng lọc lần một chọn các đối

tượng có các yếu tố nguy cơ tim mạch chính THA, ĐTĐ, RLLM khám kiểm tra lần II để chẩn đoán xác định bằng đo huyết áp lần II và xét nghiệm máu lần II.

thống kê SPSS 10 và Epi Info. Tính trị số trung bình và độ lệch chuẩn, so sánh bằng test t cho những biến số liên tục, mối tương r Pearson correlatoon. Có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

*Bảng 1. Các đặc điểm cơ bản của nghiên cứu:*

Đặc điểm	Tổng số n=856	Nam n=377	Nữ n=479	Giá trị p
Tuổi	52.8 (16.3)	54.7 (16.4)	51.1(16.1)	NS
Hút thuốc	33.6 (.1)	65.8 (5.1)	8.2 (2.2)	0.001
Trọng lượng P (kg)	50.5 (9.5)	53.7 (9.7)	48.0 (8.40)	0.001
Chiều cao T (m)	1.55 (0.08)	1.6 (0.08)	1.5 (0.07)	0.001
BMI	21.0 (3.5)	21.0 (3.6)	21.0 (3.4)	NS
Vòng eo (cm)	75.0 (10)	76.6 (9.9)	72.8 (7.7)	0.001
Vòng mông (cm)	88.9 (8.0)	89.4 (7.7)	88.6 (8.3)	NS
Chỉ số eo/mông	0.83 (0.09)	0.86 (0.07)	0.82 (0.09)	0.001
HATT (mmHg)	127.3 (24.4)	132.2 (24.0)	123.4 (24.0)	0.001
HATTr (mmHg)	78.5 (12.9)	80.8 (12.5)	76.7 (13.0)	0.001
ĐHL Đ (mg/dL)	101.0 (34.3)	101.4 (31.0)	100.6 (36.2)	NS
CT(mg/dL)	198.9 (43.7)	195.9 (45.0)	201.3 (42.3)	NS
LDL-C (mg/dL)	120.9 (36.6)	117.2 (36.5)	123.9 (36.5)	0.01
HDL-C (mg/dL)	46.1 (4.4)	46.4 (3.3)	46.8 (5.2)	NS
TRI (mg/dL)	133.3 (86.4)	144.4 (102.1)	124.6 (70.5)	0.001
Số tiêu chuẩn TB bình	1.2 (0.9)	1.1 (0.9)	1.3 (0.9)	0.001

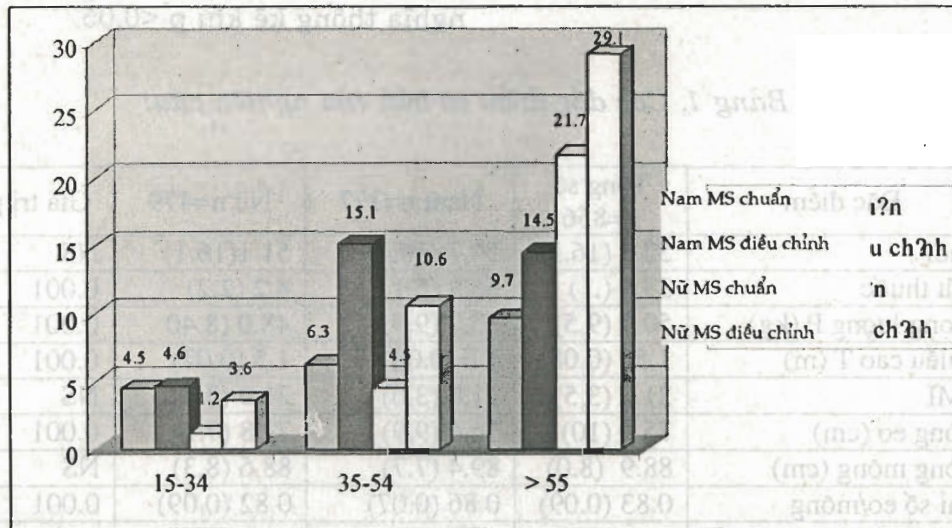
**Các đặc điểm khảo sát:** Nghiên cứu về tần suất MS của tiêu chuẩn ATPIII và theo tiêu chuẩn điều chỉnh, tần suất các yếu tố trong MS, so sánh giữa nam và nữ, giữa các vùng sinh thái và tuổi, qua đó dựa vào dân số toàn tỉnh trên 15 tuổi tính tỷ lệ MS ở người lớn trong toàn tỉnh. So sánh giữa các tiêu chuẩn chẩn đoán MS của ATP III chuẩn và tiêu chuẩn ATP III điều chỉnh.

**Phương pháp thống kê:** Các thông số nghiên cứu được tính theo phần mềm

### **Kết quả:**

Tổng số đối tượng nghiên cứu được thực hiện theo các tiêu chuẩn đề ra là 856 ca có tỷ lệ đáp ứng: 856/1071 # 80 % mẫu.

Các đặc điểm khác bao gồm về trình độ văn hóa: 11.6% không biết đọc biết viết, tiểu học 51,37%, trung học 30,27%, đại học và trên đại học 6,67%. Nghề nông 32%, làm biển 3,8%, buôn bán 25%, công nhân viên 14%, hưu trí 9,11%, thất nghiệp 11%. Có 20,10% có thẻ bảo hiểm sức khỏe.



Hình 1. Tần suất MS theo tiêu chuẩn ATP III và điều chỉnh trong dân số nghiên cứu ở từng tầng tuổi và giới

Bảng 2. Tần suất MS theo tiêu chuẩn ATP III và điều chỉnh trong dân số nghiên cứu ở từng tầng tuổi %, (CI 95%)

Nhóm tuổi	15-34 (n=127)	35-54 (n=305)	>54 (n=424)	Total (n=856)
ATP III chuẩn MS % [CI 95%]	2.4 [0.6, 7.3]	5.2 [3.1, 8.4]	15.8 [12.5, 19.7]	10.0 [8.1, 12.3]
ATP III điều chỉnh MS % [CI 95%]	4.0 [1.5, 9.5]	12.5 [9.1, 16.9]	21.5 [17.8, 25.9]	15.7 [13.4, 18.4]

Theo tiêu chuẩn ATP III tỷ lệ MS có sự tăng dần theo tuổi. Nam nhiều hơn nữ nhưng khi trên 54 tuổi nữ nhiều hơn nam. Tần suất MS chung của cỡ mẫu với tuổi trung bình 52,8±16.3 là 10.0% (CI 95%: 8.1-12.3) nam và theo từng nhóm tuổi và giới theo Hình 1 và Bảng 2. Dựa theo tỷ lệ dân số toàn tỉnh > 15 tuổi thống kê 2001 với tuổi trung bình 33,68 ±16,83 chúng tôi ước tính có 35.193 /695218 người dân Khánh Hòa > 15 tuổi có MS. Theo tiêu chuẩn điều chỉnh thì tỷ lệ MS của cỡ mẫu nghiên cứu là 15.7% (CI 95%: 13.4-18.4) nam 13.5% và nữ 17,3% và có tỷ lệ MS theo các nhóm tuổi 4.0%, 12.5% và 21.5% lần lượt (Bảng 2)

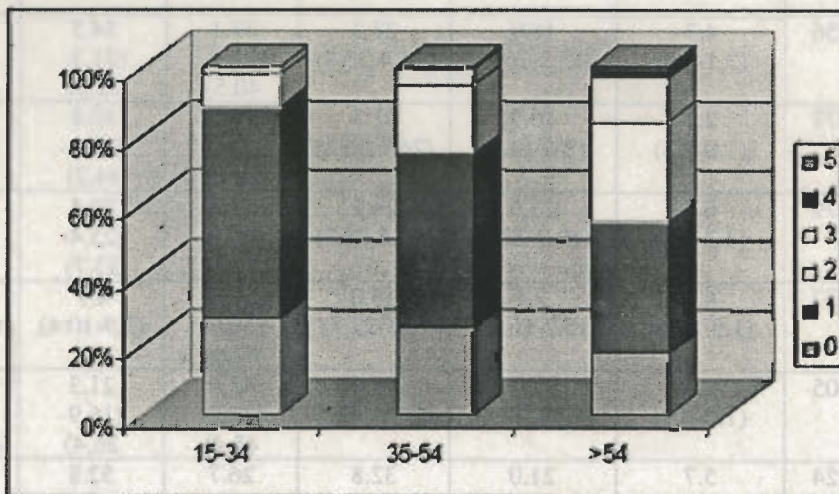
và giới theo Hình 1. Tiêu chuẩn vòng eo là có tỷ lệ rất thấp chỉ có 2% ở nam và 5,8% nữ. Đây là một đặc điểm làm tần suất MS thấp khi sử dụng tiêu chuẩn MS của ATP III chuẩn cho khu vực Châu Á Thái Bình Dương. Nhưng khi áp dụng tiêu chuẩn MS điều chỉnh thì chúng tôi ghi nhận tỷ lệ này là 10% ở nam và 23,68% ở nữ (Bảng 3). Tỷ lệ các yếu tố vòng eo và HDL-C nữ cao hơn ở nam, còn các yếu tố khác đều ghi nhận nam > nữ  $p < 0,001$  (Bảng 3). Tỷ lệ của các cấu hình theo giới và nhóm tuổi của MS được ghi nhận trong bảng 3. Yếu tố huyết áp tăng >130/85mmHg có 34,5%, vòng eo chuẩn 4,3%, vòng eo điều chỉnh 18%, đường huyết lúc đói >110mg/dl 19,4%, Trygliceride >150mg/dl: 27,3%, HDL <40mg/dl ở nam và <50mg/dl ở nữ: 37,1% (Bảng 4). Tỷ lệ có các thành phần của MS chuẩn ghi nhận chỉ có 21,7% không có yếu tố nào, 45,2% có một yếu tố, 23,1% có 2 yếu tố, 8,2% có 3 yếu tố, 1,6% có 4 yếu tố và 0,2% có đầy đủ 5 yếu tố chuẩn (Bảng 3). Tỷ lệ có từ 0 yếu tố đến 1 yếu tố giảm theo tuổi, từ 2 yếu tố trở lên tăng theo tuổi (Hình 2). Tần suất MS giữa các vùng sinh thái có sự khác biệt, cao nhất ở thành thị 17,9% và thấp nhất là vùng miền núi 5,08%, vùng ven biển và đồng bằng tương tự 11,6%  $p < 0,01$  (Hình 3)

**Bảng 3. Tỷ lệ của các cấu hình theo giới và nhóm tuổi của MS (% , CI 95%)**

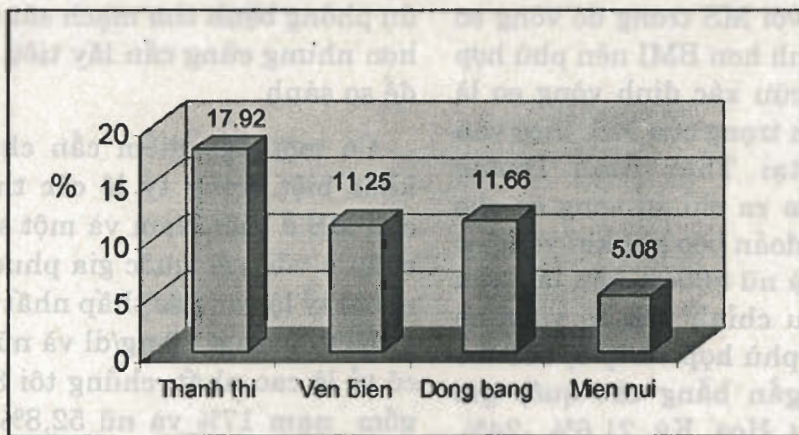
	n	Vòng eo chuẩn (%)	Vòng eo điều chỉnh (%)	Tăng Triglycerid e máu (%)	HDL-C thấp (%)	Huyết áp tăng (%)	Đường huyết lúc đói (%)
Tổng số	856	4.3 (3.1-5.9)	18.0 (15.5-20.8)	27.3 (24.4-30.4)	37.1 (33.9-40.5)	34.5 (31.3-37.8)	19.4 (16.8-22.2)
Nam	377	2.1 (1.0-4.3)	10.9 (8.0-14.6)	31.3 (26.7-36.3)	17.0 (13.4-21.3)	40.8 (37.5-44.2)	21.8 (17.8-26.4)
Nữ	479	6.1 (4.2-8.7)	23.6 (19.9-27.7)	24.2 (20.5-28.3)	52.8 (48.2-57.3)	29.4 (25.4-33.7)	17.5 (14.3-21.3)
15-34	127	4.7 (1.9-10.4)	9.4 (5.2-16.2)	15.0 (9.5-22.7)	59.1 (50.0-67.6)	4.7 (1.9-10.4)	4.7 (1.9-10.7)
35-54	305	2.3 (1.0-4.9)	17.4 (13.4-22.2)	24.9 (20.2-30.2)	42.6 (37.0-48.4)	21.3 (16.9-26.4)	13.8 (10.2-18.3)
> 54	424	5.7 (3.8-8.5)	21.0 (17.3-25.3)	32.8 (28.4-37.5)	26.7 (22.6-31.2)	52.8 (47.9-57.6)	27.8 (23.6-32.4)

**Bảng 4** Tỷ lệ từng yếu tố trong 5 tiêu chuẩn chẩn đoán MS theo nhóm tuổi

	Số các yếu tố chuẩn (%)					
	0	1	2	3	4	5
%	21.7 (19.0-24.6)	45.2 (41.8-48.6)	23.1 (20.3-26.1)	8.2 (6.5-11.3)	1.6 (0.9-2.7)	0.2 (0.03-0.9)
Nam	34.2 (29.5-39.3)	39.0 (34.1-44.1)	20.4 (16.5-24.9)	5.6 (3.6-8.6)	0.8 (0.2-2.5)	0.0
Nữ	15.0 (12.0-18.6)	50.7 (46.1-55.2)	22.6 (19.0-26.7)	9.0 (6.7-12.0)	2.3 (1.2-4.2)	0.4 (0.07-1.6)
15-34	27.6 (20.2-36.4)	60.6 (51.5-69.0)	9.4 (5.2-16.2)	2.4 (0.6-7.3)	0	0
35-54	24.9 (20.2-30.2)	49.8 (44.0-55.5)	20.0 (15.7-25.0)	4.5 (2.6-7.8)	0.7 (0.1-2.7)	0
>54	17.7 (14.2-21.7)	37.3 (32.7-42.1)	29.2 (25.0-33.8)	12.5 (9.6-16.1)	2.8 (1.5-5.0)	0.5 (0.09-1.8)



**Hình 2.** Biểu đồ chồng tỷ lệ tổng các yếu tố chuẩn của MS theo nhóm tuổi



Hình 3. Tần suất MS chuẩn giữa các vùng sinh thái khác nhau.

### Bàn luận:

Hội chứng chuyển hóa đầu tiên được mô tả bởi Reaven năm 1988 và được Scheen viết lại năm 1997 [20]. Nó bao gồm một nhóm yếu tố nguy cơ gốc chuyển hóa gắn liền sự đề kháng insulin và làm gia tăng bệnh tim mạch [21-28]. Những người có MS thường phát triển bệnh tim mạch gấp hai lần và ĐTĐ gấp bốn lần so với người không có MS [26]. Hiện nay trên thế giới có ba nhóm tiêu chuẩn chẩn đoán MS bao gồm của WHO 1998-99, của nhóm DESIR Châu Âu 1999 [21] và của NCEP-ATP III Hoa Kỳ 2001 [7,8], trong đó bảng tiêu chuẩn của ATP III là đơn giản dễ áp dụng nhất nên hiện nay mặc dù có những quan điểm khác biệt nhau giữa châu Âu và Hoa Kỳ trong các khuyến cáo về chiến lược phòng bệnh nhưng cả hai đều chấp nhận tiêu chuẩn của ATP III trong chẩn đoán MS [8-11], chính vì vậy chúng tôi chọn tiêu chuẩn này để nghiên cứu, tuy vậy thật là một sai lầm lớn khi dùng toàn bộ các tiêu chuẩn này dùng cho người Việt Nam và một số nước châu Á vì có những đặc điểm hình thái khác với các châu lục khác [29]. Theo DCH Wai và cộng sự

nghiên cứu tại Singapore ghi nhận nếu dùng tiêu chuẩn ATP III với yếu tố vòng eo >102cm cho nam và >88 cm cho nữ thì độ nhạy chỉ có từ 8,4% đến 12,2% đối với nam và từ 21% đến 33% đối với nữ trong sự hiện diện MS [30] và qua nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tiêu chuẩn vòng eo có tỷ lệ thấp nhất 2,04% ở nam và 5,8% nữ. Tại các quốc gia phát triển vòng eo được ghi nhận là yếu tố chính để xác định tần suất MS [31,32,35] như những nghiên cứu của của Hoa Kỳ và Tây Ban Nha, Ý, Pháp có đến 50- 96% có yếu tố vòng eo trong MS [6,7,21,33]. Hầu hết các nhà nghiên cứu đều đồng ý rằng béo phì là một thành phần quan trọng của MS. Béo bụng được xem như thành phần khởi xướng của sự đề kháng insuline kéo dài mà kết quả là tăng huyết áp và những bất thường chuyển hóa ở cùng một cá nhân. Sự khu trú mỡ ở vùng trung tâm và phóng thích những acid béo và các cytokine từ những tế bào mỡ phì đại khu trú trong mô mỡ bụng tạo nên những tác nhân chính tác động thành hội chứng này [20,37-39]. Giữa chỉ số BMI và vòng eo của chúng tôi có một liên quan chặt chẽ và cùng có

sự tương quan với MS trong đó vòng eo tương quan mạnh hơn BMI nên phù hợp những nghiên cứu xác định vòng eo là tiêu chuẩn quan trọng của MS, theo văn phòng WHO tại Thái Bình Dương (WHRO) đã đưa ra chỉ số vòng eo cho vùng này chẩn đoán béo phì khi vòng eo ở nam >90cm và nữ >80cm nên lấy tiêu chuẩn này điều chỉnh yếu tố vòng eo của ATP III là phù hợp và tỷ lệ MS trở nên tăng cao gần bằng các quốc gia phát triển như Hoa Kỳ 21,6% -24%, Pháp 16%, Ý 17%. Tại châu Á như ở Indonesia và Singapore cũng có tỷ lệ tương đương khi dùng tiêu chuẩn điều chỉnh này, ngay cả Nhật Bản dùng tiêu chuẩn điều chỉnh là phù hợp với tần suất MS trong khoảng từ 17-33%, còn khu vực Nam Á như Ấn Độ, Iran, Ả Rập, Israel, Kuwait ngay tiêu chuẩn ATP chuẩn cũng đã có tần suất cao 17-33% [19-21,28,35] cho nên tiêu chuẩn MS ATP III điều chỉnh chỉ nên áp dụng cho một số quốc gia Tây Thái Bình Dương Châu Á chứ không thể áp dụng cho cả Châu Á. Gần đây các chuyên gia WHO đã ghi nhận đối với một số cư dân châu Á có sự gia tăng tỷ lệ béo phì trung tâm so với người da trắng cùng tuổi giới và BMI. Ngoài ra có một sự gia tăng tần suất ĐTĐ tít II và các yếu tố nguy cơ tim mạch trong nhiều vùng của châu Á nơi mà chỉ số trung bình của BMI thường dưới 25 kg/m<sup>2</sup>. Trong đó vòng eo đặc biệt có giá trị quan trọng hơn tại vùng này trong việc đánh giá nguy cơ tim mạch [40]. Chính vì vậy điều chỉnh yếu tố vòng eo trong tiêu chuẩn MS ATP III đối với người Việt Nam và một số quốc gia Châu Á như Hồng Kông, Nhật Bản, Indonesia, Singapore là cần thiết cho sự xác định chính xác tần suất MS để có chiến lược

dự phòng bệnh tim mạch sát với thực tế hơn nhưng cũng cần lấy tiêu chuẩn gốc để so sánh.

Có một đặc điểm cần chú ý về sự khác biệt trong tỷ lệ các thành phần của MS ở Việt Nam và một số quốc gia châu Á với các quốc gia phương Tây là ngoài tỷ lệ vòng eo thấp nhất còn có yếu tố HDL nam < 40mg/dl và nữ <50mg/dl có tỷ lệ cao nhất, chúng tôi 37.1% (bao gồm nam 17% và nữ 52,8%) tương tự một số dân châu Á như Indonesia 36% và Iran 73% [19, 21], trong đó khi xét trị số trung bình HDL giữa nam và nữ của chúng tôi không có sự khác biệt. Ngược lại tại Hoa Kỳ HDL <40mg/dl chiếm 30-40% ở nam và 15% ở nữ. Theo F.Azizi và Fran M. Sacks HDL thấp có thể do môi trường thay đổi của nền công nghiệp hóa kiểu sống với chế độ tiết thực không điều độ ăn nhiều đường, giảm hoạt động gây tăng triglyceride máu cao, mập phì và do thuốc lá. Ngoài ra còn có vai trò của yếu tố gia đình mà theo DA. Heller, MA. Austin có 40-60% HDL thấp là có vai trò của di truyền [20, 45], bên cạnh đó tỷ lệ hút thuốc của địa phương cao 33% [16] cũng góp phần cho HDL thấp? Tuy vậy đặc điểm HDL thấp ở tỷ lệ cao này cần được nghiên cứu rộng hơn và có nên chăng cần một tiêu chuẩn HDL-C riêng trong MS của quần thể người châu Á không? Một điểm khác biệt về tỷ lệ MS với các quốc gia Châu Âu và Hoa Kỳ là nam nữ bằng nhau [6] trong lúc tỷ lệ MS chúng tôi nữ nhiều hơn nam có phải do tỷ lệ béo bụng của nữ nhiều hơn nam không. Tại một số quốc gia châu Á và Việt Nam phụ nữ thường ít hoạt động mạnh hơn nam

giới và có tỷ lệ thừa cân và béo phì nhiều hơn nam [20, 29, 30, 41]. Chính vì sự khác biệt về HDL và yếu tố vòng eo giữa nam và nữ làm cho tỷ lệ MS của chúng tôi nữ nhiều hơn nam và cũng tương tự nghiên cứu của Indonesia và Iran [19-20]. Tần suất MS tăng theo tuổi ở cả hai giới là tương tự các nghiên cứu trên thế giới [6, 7, 19-30]. Trong đó từng thành phần trong MS cũng ghi nhận có sự tăng cao theo tuổi ngoại trừ yếu tố HDL nhóm tuổi 35-54 có tỷ lệ HDL thấp cao nhất. Đối với yếu tố huyết áp ghi nhận có tỷ lệ 34% tương tự nghiên cứu của Hoa Kỳ [6-7] và một số nước châu Á như Iran 34% cho nên cần chú trọng về huyết áp ngay ở giai đoạn tiền tăng huyết áp trong cộng đồng là rất quan trọng đặc biệt khi nó phối hợp tạo thành MS. Một số nghiên cứu đã tìm thấy có 50% bệnh nhân THA có sự đề kháng insuline và cường insuline. Boyko và cộng sự ghi nhận có liên quan giữa huyết áp và mức insuline lúc đói làm hậu thuẫn cho vai trò của cường insuline trong bệnh sinh THA nguyên phát [20]. Yếu tố trygliceride chiếm 27% có thấp hơn của Iran 46%, Indonesia và Hoa Kỳ nhưng đối với các nước trong khu vực khác không có sự khác biệt. Tỷ lệ yếu tố đường máu lúc đói cũng nằm trong ranh giới của Hoa Kỳ và các nước phương Tây khác 12% [7]. Vai trò của rối loạn đường huyết lúc đói là một yếu tố liên kết với sự đề kháng insuline và cường insuline và khi tạo thành MS sẽ làm tăng nguy cơ biến chứng mạn của ĐTD cũng như các biến chứng tim mạch, nên bệnh nhân ĐTD cần ưu tiên kiểm soát ĐTD và các yếu tố nguy cơ khác. Có một đặc

điểm nổi trội là chỉ có 21% cỡ mẫu không có yếu tố nào của MS, và 45,2% có hai yếu tố trở lên. Tần suất MS có một sự khác biệt lớn giữa các vùng sinh thái khác nhau của dân số nghiên cứu phản ánh lối sống khác nhau giữa thành thị và nông thôn đồng bằng và miền núi, đây là những đặc điểm khẳng định tính chất môi trường ảnh hưởng đến tiến trình bệnh mà trong chiến lược phòng bệnh không lấy nhiệm cân tập trung thay đổi lối sống và luyện tập là hai phương thức chủ yếu điều trị MS bên cạnh điều trị thuốc chặc chẽ, trong đó nhấn mạnh kiểm soát huyết áp đường máu đạt mục tiêu cũng như các yếu tố rối loạn lipid sinh xơ vữa với vai trò fibrates đã được xem như thuốc hàng đầu cần được chú trọng [42-46].

#### Kết luận:

Hội chứng chuyển hóa ở người lớn tại Khánh Hòa Việt nam có một tần suất cao tương tự với các nước phát triển khi dùng tiêu chuẩn ATP III điều chỉnh với vòng eo >90cm ở nam và >80 cm ở nữ. Tần suất MS tăng cao theo tuổi, yếu tố vòng eo có tỷ lệ thấp và HDL có tỷ lệ cao nhất nên cần nhiều nghiên cứu ngoài điều chỉnh vòng eo còn chú ý yếu tố HDL để chẩn đoán MS ở người châu Á chuẩn mực hơn. Cần có những chiến lược sàng lọc kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch, đặc biệt xác định MS của người lớn trong việc chăm sóc sức khỏe cộng đồng và trong thực hành lâm sàng hàng ngày nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống.

## Tài liệu tham khảo:

1. Maranhao. World Heart Federation 2002 Annual Report
2. Guideline Subcommittee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertension* 1999; 17:151-83
3. Ahram V Chobanian et al. The Seven Report of the National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* May 2003 289 2560-2572
4. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2001. *Diabetes Care* 2001. 24 suppl. 17:s33-43
5. Scott M. Grundy et al. Assessment of cardiovascular risk by use of Multiple-Risk-factors assessment Equations. *J Am cardio* 1999; 34; 1348-59
6. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*. 2002 Jan 16;287(3):356-9.
7. Meigs JB, Wilson PW, Nathan DM, D'Agostino RB Sr, Williams K, Haffner SM. Prevalence and characteristics of the metabolic syndrome in the San Antonio Heart and Framingham Offspring Studies. *Diabetes*. 2003 Aug;52(8):2160-7.
8. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) *JAMA* 2001 285 2486-97
9. Tran Van Huy. The advances in cholesterol management from ATP III 5/2001. *TMH*. VN 7/2001.24-34
10. Guy de Packer. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart journal* 2003 24 1601-10
11. Sidney C et al. AHA/ACC. Guidelines for Preventing Heart attack and Death in Patients with Atherosclerotic Cardiovascular Disease: 2001 update. *Circulation* 2001; 104;1577-1579
12. Michael Pignone, Cynthia D Mulrow. Using cardiovascular risk profiles to individualize hypertensive treatment. *BMJ* Vol. 322 12 May 2001; 1164-66
13. Tran Do Trinh & cs. Điều tra dịch tễ học tăng huyết áp tại Việt Nam. *Tim mach hoc* 18 1999. 28-31
14. Pham Gia Khai et cs Tần suất THA và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía bắc Việt Nam 2001-2002. *Vietnames cardiology journal* No3-2003. 9-34
15. Tran Van Huy va cs. Điều tra dịch tễ tăng huyết áp trên toàn tỉnh Khánh Hòa. *Noi khoa* 2 1990, 3-8
16. Tran Van Huy. The coexisting cardiovascular risk factors in older hypertensive patients at Khanh Hoa in Vietnam. *Journal of the American College of Cardiology*. Vol 39 No 9 May 1,2002. *Revue medical VN*. No1/2002.12-21
17. Sorkhou EI, Al-Qallaf B, Al-Namash HA, Ben-Nakhi A, Al-Batish MM, Habiba SA. Prevalence of metabolic syndrome among hypertensive patients attending a primary care clinic in Kuwait. *Med Princ Pract*. 2004 Jan-Feb;13(1):39-42.
18. Scheen AJ, Luyckx FH. Metabolic syndrome: definitions and epidemiological data *Rev Med Liege*. 2003 Jul-Aug;58(7-8):479-84.
19. K Suasika, IGP Suka Arynna. Epidemiology study of metabloic syndrome in rural population, Bali. *JAFES*. Vol 21 2003 107
20. Fereidom Aziz, Payam Salehi, Arash Etemadi, Saleh Zahedi-Asl. Prevalence of metabolic syndrome in an urban population: Tehran Lipid and Glucose Study. *Diabetes Research and Clinical Praticce* 61 (2003) 29-37.
21. Balkau B, Vernay M, Mhamdi L, Novak M, Arondel D, Vol S, Tichet J, Eschwege E; D.E.S.I.R. Study Group. The incidence and persistence of the NCEP (National Cholesterol Education Program) metabolic syndrome. *The French D.E.S.I.R. study*. *Diabetes Metab*. 2003 Nov;29(5):526-32.
22. Ford ES, Giles WH. A Comparison of the

- prevalence of the metabolic syndrome using two proposed definitions. *Diabetes Care*. 2003 Mar;26(3):575-81.
23. Bonora E, Kiechl S, Willeit J, Oberhollenzer F, Egger G, Bonadonna RC, Muggeo M; Carotid atherosclerosis and coronary heart disease in the metabolic syndrome: prospective data from the Bruneck study. *Diabetes Care*. 2003 Apr;26(4):1251-7
  24. Girman CJ, Rhodes T, Mercuri M, Pyorala K, Kjekshus J, Pedersen TR, Beere PA, Gotto AM, Clearfield M. The metabolic syndrome and risk of major coronary events in the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) and the Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study (AFCAPS/TexCAPS). *Am J Cardiol*. 2004 Jan 15;93(2):136-41
  25. Ninomiya JK, L'Italien G, Criqui MH, Whyte JL, Gamst A, Chen RS. Association of the metabolic syndrome with history of myocardial infarction and stroke in the third national health and nutrition examination survey. *Circulation*. 2004 Jan 6;109(1):42-6. Epub 2003 Dec 15
  26. Baltali M, Gokcel A, Kiziltan HT, Korkmaz ME, Topcu S, Yalcin F, Demircan S, Yigit F, Ozin B, Muderrisoglu IH. Association between the metabolic syndrome and newly diagnosed coronary artery disease. *Diabetes Nutr Metab*. 2003 Jun;16(3):169-75.
  27. Solymoss BC, Bourassa MG, Campeau L, Sniderman A, Marcil M, Lesperance J, Levesque S, Varga S. Effect of increasing metabolic syndrome score on atherosclerotic risk profile and coronary artery disease angiographic severity. *Am J Cardiol*. 2004 Jan 15;93(2):159-64.
  28. Meigs JB. Epidemiology of the metabolic syndrome, 2002. *Am J Manag Care*. 2002 Sep;8(11 Suppl):S283-92; quiz S293-6
  29. Tan Chee Eng. The metabolic syndrome in ASIA. *JAFES*. Vol 21 No ½. 2003 121
  30. DCH Wai, ES tai, S Ma, SK Chew, Jeffery cutter, CE Tan. What cut off points should we use for obesity in asian patients? Lessons from the 1998 singapore National Health Survey. *JAFES*. Vol 21. No ½. 2003. 108
  31. Al-Shayji IA, Akanji AO. Obesity Indices and Major Components of Metabolic Syndrome in Young Adult Arab Subjects. *Ann Nutr Metab*. 2004 [Epub ahead of print]. Epub 2003 Nov 20.
  32. Turkoglu C, Duman BS, Gunay D, Cagatay P, Ozcan R, Buyukdevrim AS. Effect of abdominal obesity on insulin resistance and the components of the metabolic syndrome: evidence supporting obesity as the central feature. *Obes Surg*. 2003 Oct;13(5):699-705.
  33. Bonora E, Targher G, Formentini G, Calcaterra F, Lombardi S, Marini F, Zenari L, Saggiani F, Poli M, Perbellini S, Raffaelli A, Gemma L, Santi L, Bonadonna RC, Muggeo M. The Metabolic Syndrome is an independent predictor of cardiovascular disease in Type 2 diabetic subjects. Prospective data from the Verona Diabetes Complications Study. *Diabet Med*. 2004 Jan;21(1):52-8.
  34. Ford ES, Giles WH. A comparison of the prevalence of the metabolic syndrome using two proposed definitions. *Diabetes Care*. 2003 Mar;26(3):575-81.
  35. Al-Shayji IA, Akanji AO. Obesity Indices and Major Components of Metabolic Syndrome in Young Adult Arab Subjects. *Ann Nutr Metab*. 2004 [Epub ahead of print]. Epub 2003 Nov 20.
  36. Turkoglu C, Duman BS, Gunay D, Cagatay P, Ozcan R, Buyukdevrim AS. Effect of abdominal obesity on insulin resistance and the components of the metabolic syndrome: evidence supporting obesity as the central feature. *Obes Surg*. 2003 Oct;13(5):699-705.
  37. Bray GA, Champagne CM. Obesity and the metabolic syndrome: Implications for dietetics practitioners. *J Am Diet Assoc*. 2004 Jan;104(1):86-9.
  38. Lorenzo C, Serrano-Rios M, Martinez-

- Larrad MT, Gabriel R, Williams K, Gomez-Gerique JA, Stern MP, Haffner SM. Central Adiposity Determines Prevalence Differences of the Metabolic Syndrome. *Obes Res.* 2003 Dec;11(12):1480-1487.
39. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C, Skoumas J, Tousoulis D, Toutouza M, Toutouzas P, Stefanadis C. Impact of lifestyle habits on the prevalence of the metabolic syndrome among Greek adults from the ATTICA study. *Am Heart J.* 2004 Jan;147(1):106-12.
40. WHO expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet* 2004; 363:157-163.
41. Dallongeville J, Cottel D, Arveiler D, Tauber JP, Bingham A, Wagner A, Fauvel J, Ferrieres J, Ducimetiere P, Amouyel P. The Association of Metabolic Disorders with the Metabolic Syndrome Is Different in Men and Women. *Ann Nutr Metab.* 2004 [Epub ahead of print]. Epub 2003 Nov 28.
42. Maki KC. Fibrates for treatment of the metabolic syndrome. *Curr Atheroscler Rep.* 2004 Jan;6(1):45-51.
43. Chapman MJ. Fibrates in 2003: therapeutic action in atherogenic dyslipidaemia and future perspectives. *Atherosclerosis.* 2003 Nov;171(1):1-13.
44. Robins SJ. Cardiovascular disease with diabetes or the metabolic syndrome: should statins or fibrates be first line lipid therapy? *Curr Opin Lipidol.* 2003 Dec;14(6):575-83.
45. Fran M Sacks. Clinical usefulness of HDL cholesterol as a target to lower risk of coronary heart disease. *The British J. of card.* Vol 10 2003:297-304
46. Philip Barter. Reconsidering the value of fibrates: lessons from the trials. *The British J of Diabest and Vas. Disease* vol. 3 May/June 2003.162-167.

## Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và độ ngưng tập tiểu cầu ở bệnh nhân nhồi máu não cấp

*TS. Lê Văn Thạch*

Bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội

### I. Đặt vấn đề

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một bệnh lý do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên và ngày càng có xu hướng gia tăng. Ở các nước phát triển, tai biến mạch máu não là nguyên nhân tử vong hàng thứ 3 sau ung thư và tim mạch.

Trong tai biến mạch máu não, tỷ lệ nhồi máu não (NMN) chiếm gần 85%, còn chảy máu não chỉ khoảng 15% (W.R. Hart 1995).

Nghiên cứu của Lê Văn Thành và cộng sự tỷ lệ tử vong do TBMMN ở vùng nông thôn thành phố Hồ Chí Minh là 36,05%, ở một số vùng miền Bắc tỷ lệ tử vong do TBMMN là 21,55% vào 2 năm 1993 - 1994.

Gần đây nhiều tác giả quan tâm đến vai trò của tiểu cầu trong tổn thương bệnh lý của TBMMN; đặc biệt là trong nhồi máu não.

Tiểu cầu (TC) giữ một vai trò hết sức quan trọng trong đông - cầm máu. TC có nhiều chức năng, nhưng chức năng ngưng tập là một thuộc tính cơ bản. Rối loạn chức năng ngưng tập TC (NTTC) tức là phản ánh rối loạn chức năng, hoạt tính của TC và sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình hình thành và phát triển của các mảng vữa xơ thành mạch

Tại Việt Nam từ năm 1997: Bắt đầu có kết quả của những công trình nghiên cứu đánh giá độ ngưng tập TC ở người bình thường và một số nhóm bệnh nhân cao tuổi, THA.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm những mục tiêu sau: Đánh giá độ NTTC ở BN NMN.

### II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 67BN chia làm 2 nhóm.

- Nhóm bệnh: gồm 37BN NMN vào viện và chẩn đoán xác định trong 3 ngày đầu của bệnh, thực hiện tại khoa cấp cứu, nội A bệnh viện Hữu Nghị.

- Nhóm chứng: 30 người khỏe mạnh, cùng độ tuổi, đến khám và kiểm tra sức khỏe định kỳ tại BV Hữu Nghị.

2. Tiêu chuẩn chọn BN:

2.1. Tiêu chuẩn chọn BN:

+ Lâm sàng: BN có cơn đột quỵ, đột ngột rối loạn ý thức hoặc hôn mê, liệt vận động, liệt thân kinh sọ.

+ Cận lâm sàng: Tiêu chuẩn vàng: hình ảnh giảm tỷ trọng trên phim chụp CT hay MRI.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

+ BN đột quỵ không phải NMN.

+ BN dùng thuốc ảnh hưởng độ NTTTC trong vòng 7 ngày trước khi làm nghiên cứu.  
 + BN kèm bệnh lý máu-cơ quan tạo máu, nhiễm trùng cấp, mạn tính, đang xuất huyết tiêu hoá, bệnh lý mạn tính ảnh hưởng NTTTC: suy gan, suy thận, COPD, ung thư.

3. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, cắt ngang, mô hình bệnh chứng.

4. Xử lý số liệu: phần mềm EPI-INFO 6.04 của TCYTTG (2000).

### III. Kết quả nghiên cứu

#### 1. Đặc điểm lâm sàng:

##### 1.1. Phân bố theo tuổi, giới:

Nhóm bệnh có độ tuổi trung bình  $64,4 \pm 9,7$ ; 34 nam (92%).

Nhóm chứng có độ tuổi trung bình là  $66,1 \pm 9,2$ ; 28 nam (93,3%).

Như vậy giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về tuổi và giới.

##### 1.2. Phân bố theo lớp tuổi ở nhóm bệnh:

Tuổi (năm)	n	%
45 - 59	6	16,22
60 - 74	15	40,5
>75	16	43,24

*Nhận xét:* Độ tuổi các BN tập trung nhiều ở nhóm tuổi từ 60 trở lên. Nhóm tuổi từ 45 - 59 chỉ chiếm 16,22%.

##### 1.3. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh:

Đặc điểm	N	%
Babinsky (+)	28	75,67
Co giật	3	8,1
Cứng gáy	2	5,4
Hôn mê	2	5,4
Liệt chi	35	94,59
Liệt VII TW	33	89,19
HATT	$150 \pm 25$	
HATT <sub>r</sub>	$86 \pm 13$	
Rối loạn cơ tròn	9	24,32
Rối loạn nhịp thở	7	18,91

*Nhận xét:* Những triệu chứng thường gặp là Babinsky (+) (75,67%); liệt TK VII TW (89,18%); liệt chi (94,59%).

Các triệu chứng ít gặp hơn là: cứng gáy (5,4%); hôn mê (5,4%); co giật (8,1%)...

## 1.4. Đặc điểm điện tâm đồ:

	n	%
Bình thường	18	48,65
Rối loạn nhịp	9	24,32
Rối loạn dẫn truyền	2	5,4
Dây thất trái	15	40,54
TMCBCT	3	8,1

*Nhận xét:* Nhịp xoang nhanh, dây thất trái, TMCBCT là ba biến đổi điện tim hay gặp nhất (tỷ lệ chung là 59,09%). Không có trường hợp nào có dấu hiệu loạn nhịp hoàn toàn.

## 2. Kết quả các chỉ số NTTC, SLTC, Fibrinogen:

## 2.1. Độ NTTC, SLTC, hàm lượng Fibrinogen ở 2 nhóm nghiên cứu:

	Nhóm chứng	Nhóm bệnh	p
Độ NTTC	61,7±4,8	69,3±4,9	<0,05
SLTC	235±49	247±61	>0,05
Fibrinogen	2,46±0,78	3,76±0,81	<0,05

*Nhận xét:* Độ NTTC ở nhóm bệnh (69,3±4,9) cao hơn ở nhóm chứng (61,7±4,8) với  $p < 0,05$ . Hàm lượng Fibrinogen ở nhóm bệnh cũng cao hơn ở nhóm chứng với  $p < 0,05$ . SLTC ở 2 nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê.

## 2.2. Độ NTTC, SLTC, Fibrinogen ở nhóm bệnh theo tuổi.

Tuổi	n	NTTC	SLTC	Fibrinogen
45 - 59	6	65,8±3,4	262±41	3,4±0,6
60 - 74	15	67,2±2,9	241±53	2,9±0,85
>75	16	69,7±3,5	223±66	3,9±1,02

*Nhận xét:* ở nhóm bệnh độ NTTC ở lứa tuổi >75 (69,7±3,5) cao hơn ở lứa tuổi 60 - 74 (67,2±2,9) với  $p < 0,05$ ; độ NTTC ở 2 nhóm lứa tuổi trên cao hơn rõ rệt ở nhóm lứa tuổi 45 - 59 (65,8±3,4) đều với  $p < 0,05$ . SLTC và hàm lượng Fibrinogen ở các nhóm tuổi không có sự khác biệt.

## 2.3. Sự thay đổi NTTC, SLTC, hàm lượng Fibrinogen theo yếu tố nguy cơ

	1 Y.tố nguy cơ (p1)	2 Y.tố nguy cơ (p2)	≥3 Y.tố nguy cơ (p3)	p
Độ NTTC	66,8±3,1	68,4±4,21	71,2±2,6	p12<0,05 p13<0,05 p23<0,05
SLTC	255±57	246±62	278±41	p>0,05
Fibrinogen	3,5±0,85	3,6±0,6	3,95±0,76	p>0,05

**Nhận xét:** Độ NTTC ở nhóm bệnh nhân có trên 3 yếu tố nguy cơ ( $71,2 \pm 2,6$ ) cao hơn ở nhóm có 2 yếu tố nguy cơ ( $68,4 \pm 4,21$ ) và cả 2 nhóm trên đều cao hơn ở nhóm có 1 yếu tố nguy cơ ( $66,8 \pm 3,1$ ) với  $p < 0,05$ .

#### IV. Bàn luận:

##### 1. Yếu tố tuổi

Độ tuổi các BN tập trung nhiều ở nhóm tuổi từ 60 trở lên. Nhóm tuổi từ 45 - 59 chỉ chiếm 16,22%; độ tuổi trung bình  $64,4 \pm 9,7$ ; 34 nam (92%). Kết quả này có phần cao hơn thống kê của một số tác giả khác, có lẽ do đối tượng bệnh nhân của BV Hữu Nghị phần lớn là người cao tuổi.

Trong cộng đồng, nguy cơ tim mạch tăng theo tuổi, tuổi cao là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng của NMN. Mức độ dày của nội mạc mạch máu cũng tăng theo tuổi. Tuổi càng cao thì sự ôxy hoá tổ chức động mạch càng tăng làm giảm khả năng trao đổi chất, giảm tính thấm đối với các chất có phân tử lượng lớn và trở thành bệnh lý.

2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu:

- Nhận xét về các đặc điểm lâm sàng chung:

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có đầy đủ các triệu chứng của bệnh theo mô tả trong y văn. Nhồi máu não thường khởi phát cấp tính, hoặc qua từng giai đoạn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp kết quả của Lương Công Thức, Nguyễn Minh Hiện (BV Bạch Mai - công bố năm 2003)

- Nhận xét về dấu hiệu điện tâm đồ của nhóm bệnh:

Nhịp xoang nhanh, dây thất trái, TMCBCT là ba biến đổi điện tim hay gặp nhất (tỷ lệ chung là 59,09%). Không

có trường hợp nào có dấu hiệu loạn nhịp hoàn toàn; những biến đổi này của điện tâm đồ cũng là thay đổi chung của bệnh tăng huyết áp ảnh hưởng đến các cơ quan đích.

- Nhận xét về các yếu tố nguy cơ:

Ở nhóm nghiên cứu, số bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ gặp ở 10,81%; 8,1% có tăng lipid máu, 5,4% có tăng huyết áp và đái tháo đường. Sự kết hợp 2 yếu tố nguy cơ chiếm 46,24%, sự kết hợp của trên 3 yếu tố nguy cơ chiếm 16,72%.

Độ NTTC ở nhóm bệnh có yếu tố nguy cơ tăng cao hơn ở nhóm chúng có ý nghĩa thống kê; và tăng tỷ lệ với số yếu tố nguy cơ phối hợp trên từng bệnh nhân.

Tuổi càng cao, tỷ lệ mắc bệnh càng nhiều. Nguy cơ tắc mạch và các tình trạng khác tăng lên ở người cao tuổi.

- Nhận xét về độ NTTC ở nhóm bệnh

Độ NTTC ở nhóm bệnh ( $69,3 \pm 4,9$ ) cao hơn ở nhóm chúng ( $61,7 \pm 4,8$ ) với  $p < 0,05$ . Hàm lượng Fibrinogen ở nhóm bệnh cũng cao hơn ở nhóm chúng với  $p < 0,05$ . SLTC ở 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Độ NTTC ở lứa tuổi  $\geq 75$  ( $69,7 \pm 3,5$ ) cao hơn ở lứa tuổi 60 - 74 ( $67,2 \pm 2,9$ ) với  $p < 0,05$ ; độ NTTC ở 2 nhóm lứa tuổi trên cao hơn rõ rệt ở nhóm lứa tuổi 45 - 59 ( $65,8 \pm 3,4$ ) đều với  $p < 0,05$ . SLTC và hàm lượng Fibrinogen ở các nhóm lứa tuổi không có sự khác biệt.

Độ NTTC ở nhóm bệnh nhân có trên 3 yếu tố nguy cơ ( $71,2 \pm 2,6$ ) cao hơn ở nhóm có 2 yếu tố nguy cơ ( $68,4 \pm 4,21$ ) và cả 2 nhóm trên đều cao hơn ở nhóm có 1 yếu tố nguy cơ ( $66,8 \pm 3,1$ ) với  $p < 0,05$

#### V. Kết luận

1. Độ ngưng tập tiểu cầu ở nhóm bệnh tăng cao hơn ở nhóm chúng với  $p < 0,05$ .

2. Độ ngưng tập tiểu cầu ở nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tăng cao hơn ở nhóm bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ, và mức độ tăng tỷ lệ thuận với số lượng các yếu tố nguy cơ phối hợp trên từng bệnh nhân.

## VI. Kiến nghị

Qua những kết quả nghiên cứu trên chúng tôi xin đề xuất kiến nghị sau:

1. Ở những cơ sở y tế có điều kiện triển khai kỹ thuật đo độ ngưng tập tiểu cầu trên bệnh nhân nhồi máu não cấp, sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu sớm trong điều trị nhồi máu não.

2. Giáo dục sức khỏe và phổ cập kiến thức trong cộng đồng nhất là với những người có yếu tố nguy cơ cao để phối hợp thuốc chống ngưng tập tiểu cầu với các thuốc khác trong dự phòng đột quỵ.

## Tài liệu tham khảo

1. Andrew I.S., Nadir M.A. (2001), *Hemostasis, thrombosis, Fibrinolysis and*

- Cardiovascular Disease, Heart Disease*, 6, W.B. Saunders Company, tr. 2108-2134.
2. Beck B.C, Wayne R.A, Broock T.A, Gimbrone M.A, Webl R.C. *Vasoconstriction (1986), A new activity for platelet, Derived growth factor*, Science, 232, 87-90
3. Borns GVR(1985), *Adenosin diphosphate as a mediator of platelet aggregation invivo, An editorial view*, Circulation.72.74-76
4. Jacq Communication (1998), *Cardiovascular Trial Review, 3e Edition,, Jacq Communication*, p.20-22
5. Dockrel M., Walker B.R. (1999), *platelet aggregation in youngman with contrating prediposition to high blood pressure*, American Journal of Hypertention,12, 15-22
6. Gong and co-oper (1996), *Shanghai Trial of Nifedipin in the elderly*, American Journal of Hypertention, 14, 1-4
7. Harmani K.(2001), *Antiplatelet therapy in coronary heart disease: Old and new drugs*, Medical progress, 28, 20-24.
8. Harrington RA, Kleiman NS, Granger CB (1998), *Relation between inhibition of platelet aggregation and clinical outcomes*, American Heart Association, 136, 43-50.

## Áp dụng điện tim đồ Holter liên tục 24 giờ phát hiện các rối loạn nhịp tim

*Hoàng Phương, Ngô Văn Tường*

Khoa Nội - Tim mạch, Bệnh viện C Đà Nẵng

### I. Đặt vấn đề

Rối loạn nhịp tim là một triệu chứng thường gặp trong các bệnh lý nội khoa, nhất là trong bệnh lý tim mạch. Vì các bệnh lý tim mạch mắc phải hoặc bẩm sinh đều có thể đưa đến suy tim và rối loạn nhịp tim (RLNT). Diễn biến các RLNT khá phức tạp có thể dẫn đến những tai biến bất ngờ như rung thất, vô tâm thu và ngừng tim đột ngột [6]. Chẩn đoán RLNT thường dựa vào lâm sàng và đo điện tim thường quy chỉ trong một thời gian ngắn. Do đó các phương pháp này có những hạn chế nhất định, nên dễ bị bỏ sót chẩn đoán [1,6,8,10].

Năm 1957, bác sĩ Norman Holter đã đưa ra khả năng đo điện tâm đồ (ĐTĐ) liên tục 24 giờ mà ngày nay gọi là ĐTĐ Holter cho phép quan sát diễn biến của dòng điện tim liên tục nên thấy được các dạng RLNT, các cơn thiếu máu cơ tim cục bộ (TMCB), nhất là các cơn TMCB thâm lặn và thoáng qua [5,7,14]. Ngoài ra còn khảo sát được sự thay đổi của biến thiên nhịp tim cho phép đánh giá được tiên lượng ở bệnh nhân tim mạch có nguy cơ cao [2]. Trên thế giới, phương pháp này đã được sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán và theo dõi điều trị chủ yếu

các RLNT trên lâm sàng. Hướng dẫn đo điện tim 24 giờ đã được Trường môn Tim mạch học và Hội Tim mạch học Hoa Kỳ đưa ra năm 1989 [11]. Kể từ đó có nhiều tiến bộ trong kỹ thuật số hoá, tin học hoá các dữ liệu ĐTĐ trong 24 giờ. Ở nước ta, ĐTĐ Holter mới được trang bị ở một số bệnh viện. Bước đầu đã có một số kết quả nghiên cứu được công bố. Tại bệnh viện C-Đà Nẵng, ĐTĐ Holter mới được trang bị từ đầu năm 2003 tại khoa Nội Tim mạch. Nhằm tăng cường khả năng ứng dụng, chúng tôi thực hiện đề tài "Áp dụng ĐTĐ Holter liên tục 24 giờ trong việc phát hiện RLNT" với các mục tiêu nghiên cứu sau:

*\* Đánh giá lợi ích của ĐTĐ Holter so với ĐTĐ thường quy trong việc phát hiện các RLNT.*

*\* Tìm hiểu đặc điểm các RLNT ở bệnh nhân có các bệnh lý ảnh hưởng đến tim mạch.*

### II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm các bệnh nhân nằm điều trị tại khoa Nội-Tim mạch Bệnh viện C Đà Nẵng từ tháng 4/2003-9/2003 có chỉ

định đeo máy kiểm tra ĐTD Holter liên tục trong 24 giờ.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### 2.2.1 Các bước tiến hành:

#### 2.2.1.1. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Bệnh nhân vào viện được khám lâm sàng, đo huyết áp, ghi nhận các triệu chứng cơ năng như khó thở, hồi hộp, chóng mặt, đau ngực, ngất.

- Kiểm tra xét nghiệm máu, đo điện tâm đồ thông thường, siêu âm tim và đo điện tâm đồ Holter 24 giờ khi có chỉ định.

\* Tóm tắt chỉ định đo điện tâm đồ theo phương pháp Holter liên tục 24 giờ [3,11].

- Theo triệu chứng lâm sàng: đau ngực, hồi hộp, khó thở, ngất, chóng mặt.

- Loạn nhịp tim: để đánh giá về số lượng và tính chất của loạn nhịp tim.

- Thiếu máu cục bộ cơ tim: để phát hiện và phân tích các biến đổi của ST-T.

- Đánh giá tiên lượng của những chứng bệnh: loạn nhịp tim, thiếu máu cục bộ cơ tim, sau mổ tim, bệnh cơ tim

tiên phát, QT dài, tiền kích thích, rối loạn điện giải.

- Đánh giá hiệu lực của thuốc điều trị: chống loạn nhịp, chống thiếu máu cơ tim.

- Chỉ định đặt máy tạo nhịp tim nhân tạo và kết quả sau khi đặt máy.

- Theo dõi vận động viên trong y học thể thao.

- Đánh giá hoạt động của hệ thần kinh tự động.

#### 2.2.1.2. Phương tiện nghiên cứu:

\* Máy Holter ĐTD hiệu Zymed Holter 1810 của hãng Philips với phần mềm DigiTrak-Plus 1.8 để xử lý số liệu trên máy vi tính (Hình 1).

\* Lắp pin vào máy. Gắn dây điện nối máy với bệnh nhân tại các vị trí:

- Điện cực nâu : nằm giữa xương ức ngang gian sườn V.

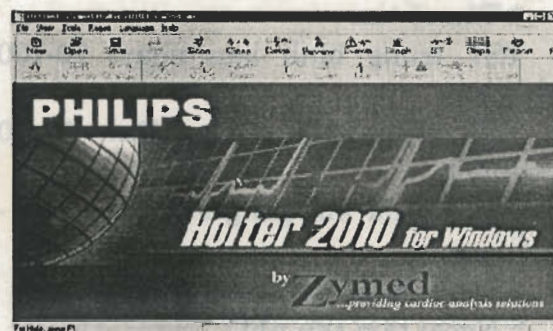
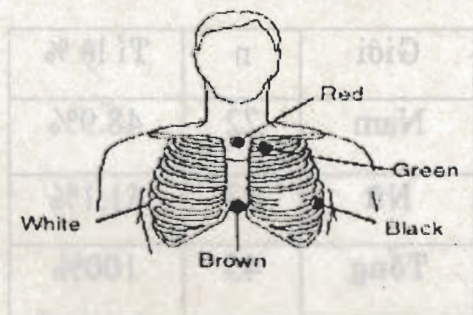
- Điện cực đen: nằm trên đường nách giữa trái ngang gian sườn V.

- Điện cực đỏ: nằm ở đầu xương ức.

- Điện cực trắng: nằm trên đường nách giữa phải ngang gian sườn V.

- Điện cực xanh: nằm ở gian sườn II cạnh ức trái.

Hình 1: Trình diện phần mềm xử lý



Hệ thống điện cực này cho phép dựng lên ĐTĐ 12 chuyển đạo gồm 6 chuyển đạo trước tim và 6 chuyển đạo ngoại biên.

\* Đeo máy bằng dây treo trên người bệnh nhân. Nhấn nút Start cho máy hoạt động.

\* Yêu cầu bệnh nhân ghi lại nhật ký trong ngày và các triệu chứng cơ năng xuất hiện theo bảng hướng dẫn có sẵn.

\* Tháo máy sau 24 giờ và đưa vào máy vi tính xử lý kết quả.

### 2.2.2. Đánh giá kết quả:

2.2.2.1. Chẩn đoán các RLNT: dựa theo các tiêu chuẩn kinh điển, trong đó bao gồm [3,4,6]:

- Nhịp nhanh xoang, nhịp chậm xoang, ngưng xoang, loạn nhịp xoang.

- Nhịp bộ nối, rung nhĩ, cuồng nhĩ, ngoại tâm thu nhĩ, nhịp nhanh kịch phát trên thất.

- Ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh thất, rung thất, xoắn đỉnh.

- Block xoang nhĩ, Block nhĩ thất, Block nhánh phải, trái, hai nhánh.

2.2.2.2. Đánh giá số lượng và tính chất các RLNT [3,4,6]:

\* Một số tiêu chuẩn đánh giá bình thường của Holter ĐTĐ dựa theo các hàng số tim mạch bình thường:

\* Tần số tim:

TST trung bình ban ngày: 70-100 lần/phút

TST trung bình ban đêm: 50-70 lần/phút

TST tối đa khi gắng sức bằng 220 - tuổi

TST tối thiểu ban đêm: 40 lần/phút

\* Ngoại tâm thu nhĩ:

Từ 20-40 tuổi: < 10 NTT trên 24 giờ

Từ 40-60 tuổi: < 100 NTT trên 24 giờ

Trên 60 tuổi: < 1000 NTT trên 24 giờ

\* Ngoại tâm thu thất:

Dưới 50 tuổi: < 100 NTT, dưới 2 ổ, không có NTT đi liền nhau trên 24 giờ.

Trên 50 tuổi: < 200 NTT trên 24 giờ, tối đa 2 NTT đi liền nhau, < 5 NTT trên 1 giờ.

\* Phân độ NTT thất theo Lown:

- Độ 0: không có NTTT

- Độ I: NTTT đơn dạng < 30 NTTT trên giờ

- Độ II: NTTT đơn dạng > 30 NTTT trên giờ

- Độ III: NTTT đa dạng

- Độ IV-A: NTTT từng cặp

- Độ IV-B: trên 3 NTTT đi thành chuỗi liên tiếp

- Độ V: NTTT có dạng R/T.

### 2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu:

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, ứng dụng phần mềm SPSS

9.0.1. Kiểm định T 2 chiều với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0.05$ .

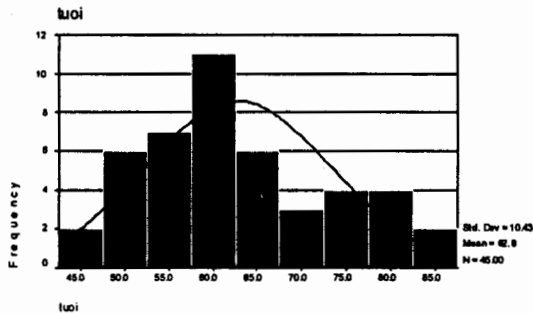
## III. Kết quả và bàn luận

### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân:

#### 3.1.1. Phân bố theo giới, tuổi:

*Bảng 1: Đặc điểm về giới*

Giới	n	Tỉ lệ %
Nam	22	48.9%
Nữ	23	51.1%
Tổng	45	100%

**Bảng 3: Tần suất các triệu chứng cơ năng****Biểu đồ 1: Đặc điểm về tuổi****3.1.2. Phân bố theo bệnh tật:**

Đối tượng mắc bệnh lý tim mạch chiếm đa số, chủ yếu là các bệnh nhân THA và TMCT chiếm 42.2% và 40%. Và có những bệnh nhân mắc hai, ba bệnh lý phối hợp (Bảng 2).

**3.1.3. Triệu chứng lâm sàng:**

Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều có triệu chứng cơ năng. Đó là lý do bệnh nhân than phiền khi vào viện và cũng là chỉ định để đo điện tâm đồ Holter liên tục 24 giờ. Đôi khi bệnh nhân có cùng lúc hai và ba triệu chứng cơ năng thì hội hợp đánh trống ngực là hay gặp chiếm 60%. Chỉ có một trường hợp là ngất gặp ở bệnh nhân có hội chứng nhịp nhanh nhịp chậm (Bảng 3).

**Bảng 2: Tần suất các bệnh lý mắc phải**

Tần suất các bệnh	n	Tỉ lệ %
Không mắc bệnh	13	28.9%
THA	19	42.2%
TMCT	18	40.0%
Suy Tim	5	11.1%
Bệnh van tim	4	8,9%
VPQ	5	11.1%
ĐTĐ	3	6.7%

Triệu chứng	n	Tỉ lệ %
Ngất	1	2.2%
Chóng mặt	7	15.6%
Hội hộp	27	<b>60.0%</b>
Khó thở	12	26.7%
Đau ngực	18	40.0%

**3.2. Kết quả ĐTĐ Holter 24 giờ:****Bảng 4: Kết quả chung của ĐTĐ Holter 24 giờ**

Thời gian đeo máy	22±2 (n=45)
Tổng số phức bộ QRS	94634,31±18983,47
Tần số trung bình	69±11
Tần số tim thấp nhất TB	47±9
Tần số tim cao nhất TB	109±24

Thời gian đeo máy trung bình là 22±2 giờ. Tần số tim trung bình là 69 l/phút. Tần số tim thấp nhất là 47 l/phút, thường xảy ra vào ban đêm. Tần số tim cao nhất là 109 l/phút, thường xảy ra vào ban ngày hay những lúc bệnh nhân gắng sức. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Anh [1]. Điều này cho thấy tần số tim trong ngày luôn bị thay đổi do ảnh hưởng của hệ thần kinh tự động, gắng sức, xúc cảm (Bảng 4).

**3.2.1. Tần suất các RLNT trên ĐTĐ thường quy và ĐTĐ Holter 24 giờ:**

Kiểu loạn nhịp	ĐTĐ thường quy		Holter 24 giờ		p
	n	%	n	%	
Loạn nhịp chung	21	46.7%	36	<b>80%</b>	p < 0.05
Nhịp chậm xoang	3	6.7%	28	62.2%	p < 0.05
Nhịp nhanh xoang	3	6.7%	23	51.1%	p < 0.05
Ngoại tâm thu nhĩ	2	4.4%	36	<b>80%</b>	p < 0.05
Ngoại tâm thu thất	8	17.8%	25	55.6%	p < 0.05
Cơn nhịp nhanh nhĩ/trên thất	1	2.2%	22	48.9%	p < 0.05
Cơn nhịp nhanh thất	0	0%	5	11.1%	p > 0.05
Rung nhĩ	1	2.2%	2	4.4%	p > 0.05
Bloc nhĩ-thất	3	6.7%	3	6.7%	p > 0.05

Bảng 5: So sánh giữa ĐTĐ thường quy và ĐTĐ Holter 24 giờ

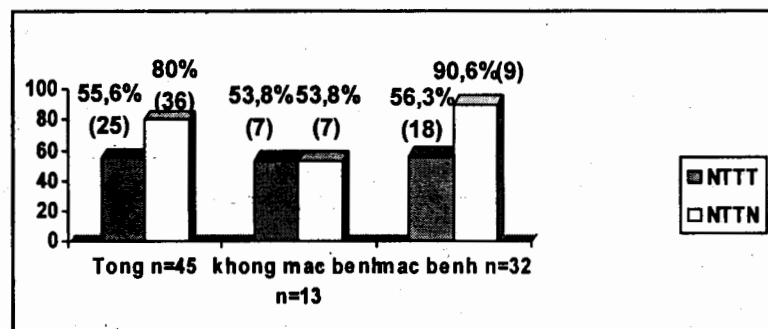
Tỉ lệ loạn nhịp chung phát hiện trong 24 giờ là 80%, cũng là tỉ lệ phát hiện có NTT nhĩ. Tương tự, theo tác giả Fleg, nghiên cứu trên 98 người bình thường lứa tuổi từ 60-85 cho thấy có 88% có NTT nhĩ, cũng là tỉ lệ rối loạn nhịp nhiều nhất [13,14]. Chỉ khác với nghiên cứu này ở chỗ là đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân mắc các bệnh lý tim mạch và có lứa tuổi thấp hơn. Phải chăng càng lớn tuổi thì tỉ lệ NTT nhĩ càng nhiều. Ở Bảng 5 cho thấy đa số các rối loạn nhịp tim xuất hiện trên ĐTĐ Holter 24 giờ. Rõ ràng là so với ĐTĐ thường quy, ĐTĐ Holter 24 giờ có nhiều khả năng hơn phát hiện các RLNT, đặc biệt trong nghiên cứu này là

nhịp chậm xoang, nhịp nhanh xoang, NTT nhĩ, NTT thất, cơn nhịp nhanh nhĩ. Đối với cơn nhịp nhanh thất, block nhĩ thất hay rung nhĩ thường nằm trong bệnh cảnh có triệu chứng rõ ràng. Nghĩa là khi bệnh nhân có triệu chứng thì chúng tôi cho bệnh nhân đo điện tâm đồ ngay. Cho nên việc dùng các ĐTĐ thường quy lúc này dễ phát hiện ngay các rối loạn nhịp trên. Mặt khác đối tượng nghiên cứu

của chúng tôi còn ít, do đó tỉ lệ phát hiện cũng chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên khi kết quả Holter điện tim có cơn nhịp nhanh thất, block nhĩ thất hay các RLNT nguy kịch khác thì chúng tôi có biện pháp điều trị và dự phòng ngay (Bảng 5).

3.2.2. Các rối loạn nhịp tim thường gặp :

Biểu đồ 2 : Tỉ lệ NTTT và NTTN



Các rối loạn nhịp tim thường gặp là NTT nhĩ và NTT thất, trong đó NTT nhĩ thấy trong 80% trường hợp. Ở những người mắc bệnh lý tim mạch, thì tỉ lệ NTT nhĩ là 90,6%.

**Bảng 6: Phân độ ngoại tâm thu thất theo Lown:**

Mức độ	Diễn giải	n=25	Tỉ lệ %
I	NTTT đơn dạng < 30 NTTT/giờ	5	20%
II	NTTT đơn dạng > 30 NTTT/giờ	3	12%
III	NTTT đa dạng	3	12%
IV-A	NTTT từng cặp	5	20%
IV-B	> 3 NTTT chuỗi	5	20%
V	NTTT có dạng R/T	4	16%

Trong toàn bộ đối tượng nghiên cứu, NTT thất chiếm 55,6% trường hợp. Trong đó NTT thất mức độ nặng từ độ III trở lên chiếm 68%. (Bảng 6). Hình 2 minh họa ở bệnh nhân mang máy tạo nhịp tim vĩnh viễn vào viện vì mệt ngực và khó thở. Kết quả điện tim Holter 24 giờ có NTT thất nhịp đôi, trùng đôi và khởi phát thành cơn nhịp nhanh thất.

**Bảng 7: Đặc điểm ngoại tâm thu thất:**

Đặc điểm	Tổng n=25		Bình thường n=7		Nhóm bệnh n=18	
NTTT trái	7	28%	1	14,3%	6	<b>33,3%</b>
NTTT phải	16	<b>64%</b>	6	<b>85,7%</b>	10	55,6%
NTTT trái, phải	2	8%			2	11,1%

ĐTĐ Holter 24 giờ phát hiện thấy NTT thất phải thường là NTT thất cơ năng chiếm 64%. Trong khi NTT thất trái chỉ có 28%. NTT thất phải thường gặp ở những người bình thường chiếm 85,7%. Còn NTT thất trái thường là NTT thất do tổn thương thực thể gặp ở những người mắc bệnh lý tim mạch chiếm 33,3%. (Bảng 7). Đồng thời, những trường hợp này chúng tôi có chỉ định cho bệnh nhân đo điện tâm đồ gắng sức để phân biệt các NTT thất cơ năng (không có bệnh tim thực tổn) hay NTT thất thực tổn (có bệnh tim thực tổn). Và siêu âm tim là một xét nghiệm cơ bản giúp để phát hiện các tổn thương thực thể ở tim.

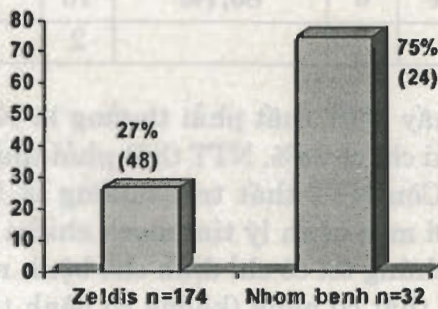
**Bảng 8: Đặc điểm ngoại tâm thu nhĩ.**

Đặc điểm	Tổng n=36		Bình thường n=9		Nhóm bệnh n=27	
< 10 NTTN/24h	7	19,44%	2	22,22%	5	18,51%
< 100 NTTN/24h	12	33,33%	4	44,44%	8	29,62%
< 1000 NTTN/24h	9	25%	-	-	9	33,33%
> 1000 NTTN/24h	8	22,22%	3	33,33%	5	18,51%

Những bệnh nhân mắc bệnh lý tim mạch có NTT nhĩ chiếm 90,6%. Số lượng NTT nhĩ có dưới 1000/24 giờ chiếm đa số. Ở biểu đồ 2 cho thấy đối với RLNT kiểu NTT thì Holter ĐTĐ 24 giờ cho thấy NTT nhĩ thường gặp hơn NTT thất. Tuy nhiên mức độ nguy hiểm của NTT thất thì nhiều hơn NTT nhĩ. Thông thường đối với những trường hợp NTT nhĩ số lượng ít thì chúng tôi ít khi điều trị. Chỉ những trường hợp bệnh nhân có kèm triệu chứng cơ năng khó chịu hoặc khi NTT nhĩ chuyển thành cơn nhịp nhanh nhĩ hoặc rung nhĩ thì chúng tôi điều trị và dự phòng. Phần lớn những trường hợp này là dấu hiệu của bệnh lý tim thực tổn hoặc những bệnh lý khác thường gặp như viêm phế quản mãn tính thì chúng tôi phải điều trị nguyên nhân (Bảng 8).



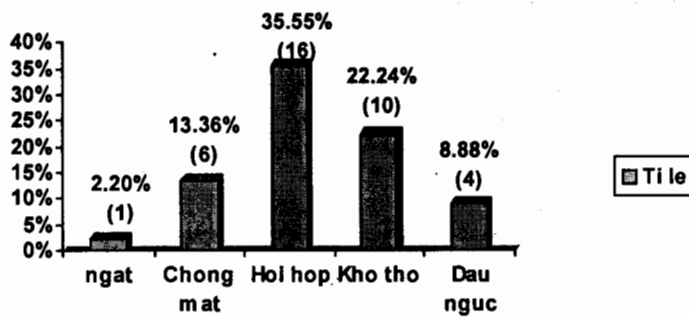
Hình 2: NTT thất nhịp đôi, chùm đôi và cơn nhịp nhanh thất ở bệnh nhân mang máy TNVV.



Biểu đồ 3: Tương quan giữa triệu chứng và rối loạn nhịp tim (1)

### 3.2.3. Tương quan giữa triệu chứng và rối loạn nhịp tim

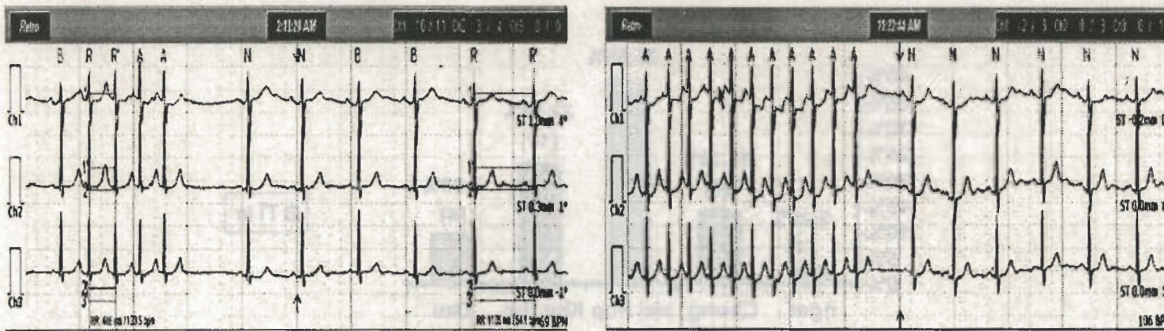
Tương quan giữa triệu chứng và rối loạn nhịp tim là sự xuất hiện các triệu chứng cơ năng trên bệnh nhân vào các thời điểm có RLNT trong suốt quá trình đo Holter điện tim. Nghiên cứu của chúng tôi thấy tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng và rối loạn nhịp tim đi kèm theo chiếm 75%. Ở những người bình thường theo nghiên cứu của tác giả Zeldis là 27% [12]. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Điều này cho thấy ở những bệnh nhân mắc bệnh lý tim mạch thì các triệu chứng cơ năng thường là do rối loạn nhịp tim gây ra (Biểu đồ 3).



Biểu đồ 4: Tương quan giữa triệu chứng và rối loạn nhịp tim (2)

Phân tích diễn biến điện tim trong 24 giờ và ghi nhận các triệu chứng trong từng thời điểm của bệnh nhân, chúng tôi thấy tỉ lệ rối loạn nhịp tim gây ra hồi hộp mệt ngực là chủ yếu chiếm 35.55%. Các triệu chứng khó thở, chóng mặt, đau ngực xuất hiện khi có RLNT là 22.24%, 13,36% và 8,88% (Biểu đồ 4). Chúng tôi chỉ có một trường hợp ngất chiếm 2.2%. Trên kết quả Holter ở bệnh nhân này diễn tiến điện tim tại thời điểm ngất là rối loạn kiểu nhịp nhanh nhịp chậm (Hình 3). Bệnh nhân được hội chẩn với chẩn đoán Hội chứng suy yếu nút xoang bệnh lý và có chỉ định đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn. Sau khi đặt máy thì bệnh nhân không còn triệu chứng ngất như trước nữa. Việc đeo máy Holter 24 giờ đồng thời ghi lại nhật ký các triệu chứng của bệnh nhân là quan trọng. Nó cho phép đánh giá mối tương quan giữa nhịp và triệu chứng. Đó là phương pháp tốt nhất để quyết định triệu chứng bệnh là do rối loạn nhịp. Do đó Holter điện tim liên tục 24 giờ hoặc 48

giờ hoặc 72 giờ đủ để phát hiện các rối loạn nhịp trên bệnh nhân có triệu chứng thường xuyên hoặc không thường xuyên [1,7]. Dựa vào mối tương quan này, chúng tôi có biện pháp điều trị và dự phòng thích hợp. Ngược lại những trường hợp không có sự tương quan giữa nhịp và triệu chứng hoặc khi bệnh nhân có triệu chứng hồi hộp, đau ngực, ngất... nhưng kết quả Holter không có loạn nhịp xảy ra tại thời điểm có triệu chứng, thì chúng tôi đi tìm thêm các nguyên nhân khác, các bệnh lý khác ngoài bệnh lý tim mạch [9]. Hơn nữa những trường hợp có RLNT nhưng không có triệu chứng thì thật sự là nguy hiểm khi có diễn biến loạn nhịp trở nên nặng và không kịp điều trị. Bởi vì bệnh nhân chưa thấy lý do để nhập viện sớm theo dõi. Do vậy chúng tôi thấy rằng những bệnh nhân mắc các bệnh lý tim mạch hoặc các yếu tố nguy cơ tim mạch nên thăm khám định kỳ tại các cơ sở chuyên khoa để được theo dõi tốt hơn.



Hình 3: Hình ảnh nhịp nhanh nhịp chậm

Ngoài ra, qua nghiên cứu chúng tôi thấy triệu chứng đau ngực thường gặp ở bệnh nhân có nhịp nhanh xoang, nhịp chậm xoang hoặc block nhĩ-thất. Đối tượng bệnh nhân chúng tôi chủ yếu là THA và TMCT. Thông thường những rối loạn nhịp này đều là nguyên nhân hoặc là hậu quả của giảm tưới máu cơ tim. Trong điều kiện của chúng tôi chưa có chụp mạch vành là tiêu chuẩn vàng cho nghiên cứu, nhưng chúng tôi cũng tiếp tục tìm hiểu xem mối tương quan giữa cơn đau thắt ngực với sự thay đổi của đoạn ST và có so sánh với kết quả của điện tâm đồ gắng sức trong thời gian đến [5].

#### IV. Kết luận

Qua nghiên cứu việc áp dụng điện tâm đồ Holter liên tục 24 giờ nhằm phát hiện các rối loạn nhịp tim, chúng tôi thấy:

1. Điện tâm đồ Holter 24 giờ phát hiện được nhiều rối loạn nhịp tim hơn so với điện tâm đồ thường quy. Khi điện tâm đồ thường quy có rối loạn nhịp tim thì điện tâm đồ Holter dự đoán bệnh nhân có rối loạn nhịp nặng hơn. Tỷ lệ loạn nhịp thường hay gặp ở những bệnh nhân mắc các bệnh lý tim mạch.

2. Tỷ lệ rối loạn nhịp chung gặp ở 80% bệnh nhân. Đây cũng là tỷ lệ của ngoại

tâm thu nhĩ, dạng rối loạn nhịp thường gặp nhất.

3. Ngoại tâm thu thất mức độ nặng chiếm 68% gặp ở bệnh nhân mắc các bệnh lý tim mạch. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng tương quan với thời điểm có rối loạn nhịp tim chiếm 75%. Thường gặp nhất là hồi hộp, đánh trống ngực.

4. Holter điện tâm đồ là một phương pháp thăm dò không chảy máu có giá trị trong chẩn đoán các rối loạn nhịp tim, xác định số lượng các RLNT và đánh giá độ nặng các RLNT. Holter điện tâm đồ có thể áp dụng như một xét nghiệm thường quy ở tất cả các bệnh nhân mắc các bệnh lý về tim mạch và yếu tố nguy cơ tim mạch. Nó giúp ích rất nhiều cho chẩn đoán, theo dõi, điều trị, dự phòng và tiên lượng bệnh.

#### Tài liệu tham khảo:

1. Trần Quốc Anh, Huỳnh Văn Minh. Nghiên cứu Holter nhịp tim liên tục 24 giờ và biến thiên nhịp tim ở người bình thường lứa tuổi từ 21-40. Luận án chuyên khoa II. Trường Đại học Y khoa Huế 2002.
2. Nguyễn Đức Công. Phân tích biến thiên nhịp tim để đánh giá chức năng thần kinh tự động của tim. Tạp chí tim mạch học Việt Nam 2000; 24(12): 63-67.
3. Phạm Văn Cự. Phương pháp đọc điện tâm đồ. Bài giảng các lớp sau đại học tại các

