

## KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CÓ THỂ PHÒNG NGỪA, GIẢM GÁNH NẶNG TRÊN BỆNH NHÂN RUNG NHĨ

Vũ Học Huấn<sup>1\*</sup>, Nguyễn Văn Tình<sup>2</sup>, Lương Văn Nam<sup>1</sup>

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng một số yếu tố nguy cơ có thể phòng ngừa, giảm gánh nặng trên nhóm bệnh nhân (BN) rung nhĩ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 60 BN rung nhĩ vĩnh viễn điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 10/2023 - 12/2023. **Kết quả:** 45,00% BN có chỉ số khối cơ thể (BMI)  $\geq 23$ ; 10,00% có rối loạn chuyển hóa lipid và 8,33% có đái tháo đường. 71,67% trong tổng số các trường hợp có kết hợp suy tim; 26,67% BN ít nguy cơ đột quỵ. **Kết luận:** Các nhóm BN có BMI cao, có rối loạn chuyển hóa cần lên kế hoạch cải thiện, theo dõi và điều trị.

**Từ khóa:** Rung nhĩ; Suy tim; Đột quỵ.

## INVESTIGATION OF SOME PREVENTABLE RISK FACTORS TO REDUCE THE BURDEN ON PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

### Abstract

**Objectives:** To assess the situation of some risk factors that can be prevented to reduce the burden on the group of patients with atrial fibrillation at Hai Phong International General Hospital. **Methods:** A retrospective, cross-sectional study on 60 permanent atrial fibrillation outpatients at Hai Phong International General Hospital from October 2023 to December 2023. **Results:** There were 45.00% of patients with BMI  $\geq 23$ ; 10.00% with lipid metabolism disorders, and 8.33% with diabetes mellitus. 71.67% of all cases had a combination of heart failure; 26.67% of patients were at low risk of stroke. **Conclusion:** Groups of patients with high BMI and metabolic disorders need improvement, monitoring, and treatment plans.

**Keywords:** Atrial fibrillation; Heart failure; Stroke.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

\*Tác giả liên hệ: Vũ Học Huấn (bsnt.vuhochuan@gmail.com)

Ngày nhận bài: 07/01/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 26/3/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i5.663>

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Gánh nặng ngày càng lớn của bệnh lý rung nhĩ, kết hợp với các tình trạng tim mạch mạn tính cùng tồn tại, đã được chứng minh bằng xu hướng gia tăng toàn cầu về số ca nhập viện do rung nhĩ [1]. Rung nhĩ được dự báo không chỉ có tác động đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong, mà còn dẫn đến tăng sử dụng và chi phí chăm sóc sức khỏe. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến rung nhĩ nếu được điều trị không đầy đủ có khả năng đóng góp đáng kể vào sự tái phát của bệnh [2].

Một cách tiếp cận tiềm năng nhưng chưa được khai thác triệt để nhằm cải thiện quản lý rung nhĩ là các biện pháp phòng ngừa ban đầu. Theo đó, ngày càng có nhiều sự tập trung vào vai trò của lối sống và thay đổi yếu tố nguy cơ trong việc quản lý BN rung nhĩ. Một số nghiên cứu gần đây chứng minh rằng các chiến lược chăm sóc dự phòng tác động vào yếu tố nguy cơ đã thực sự giúp giảm được gánh nặng của bệnh lý rung nhĩ ngay cả khi có và/hoặc không có liệu pháp kiểm soát tần số tim [3]. Do đó, nghiên cứu và kiểm soát các yếu tố nguy cơ rung nhĩ có thể giúp giảm mức độ sử dụng và chi tiêu vào các dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan đến số lượng các ca rung nhĩ đang gia tăng.

Một số yếu tố nguy cơ tim mạch đã được biết là những yếu tố nguy cơ tới sự phát triển và tái phát rung nhĩ: Lão hóa, tăng huyết áp, suy tim sung huyết, bệnh động mạch vành, bệnh van tim và đái tháo đường. Ngoài ra, yếu tố giới tính, BMI cao cũng góp phần làm tăng nặng bệnh lý rung nhĩ [4].

Do vậy, để xây dựng phương pháp quản lý và giám sát điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Khảo sát thực trạng các yếu tố nguy cơ có thể phòng ngừa và giảm gánh nặng của bệnh lý rung nhĩ trên những BN ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

60 BN rung nhĩ vĩnh viễn được chẩn đoán xác định, đo chiều cao cân nặng, đo huyết áp và thực hiện các xét nghiệm, các thăm dò chức năng theo quy trình khám chữa bệnh của Trung tâm Tim mạch và Đột quy, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 10 - 12/2023.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.

\* *Cỡ mẫu:* Lấy mẫu thuận tiện.

\* Tiêu chuẩn xác định:

Định nghĩa	Tên tiêu chuẩn
BMI	Hiệp hội Đái tháo đường các nước châu Á IDI & WPRO năm 2000
Rung nhĩ	Hội Tim mạch châu Âu ESC năm 2020
Rung nhĩ vĩnh viễn	Hội Tim mạch châu Âu ESC năm 2020
Tăng huyết áp	Bộ Y tế năm 2010
Đái tháo đường	Bộ Y tế năm 2020
Rối loạn lipid máu	Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam năm 2015
Suy tim	Hội Tim mạch châu Âu ESC năm 2021

Các thông số để tính toán nguy cơ đột quỵ được tính theo thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc [4] với:

Yếu tố nguy cơ	Điểm số
Suy tim, sung huyết	1
Tăng huyết áp	1
≥ 75 tuổi	2
Đái tháo đường	1
Đột quỵ/con thiếu máu não cục bộ thoáng qua	2
Bệnh lý mạch máu	1
Tuổi 65 - 74	1
Giới tính nữ	1

\* Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập từ hệ thống bệnh án điện tử, thư mục hồ sơ quản lý BN ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng. Phần mềm được sử dụng để phân tích số liệu là SPSS 26.0.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin được đảm bảo giữ bí mật, chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu khoa học và chỉ công khai khi có sự đồng ý của BN và gia đình. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

## 1. Đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm BN tham gia nghiên cứu.

Nội dung	Nhóm BN nghiên cứu		
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi			
≤ 64	35	58,33	
65 - 74	23	38,33	
≥ 75	2	3,33	
Giới tính			
Nam	20	33,33	
Nữ	40	66,67	
Chỉ số BMI theo Hiệp hội Đái tháo đường các nước châu Á (IDI & WPRO)			
Thiếu cân	< 18,5	1	1,67
Bình thường	18,5 - 22,9	32	53,33
Thừa cân	23 - 24,9	18	30,00
Béo phì độ 1	25 - 29,9	8	13,33
Béo phì độ 2	≥ 30	1	1,67
Tổng		60	100

Về nhóm tuổi, trong nhóm BN nghiên cứu, nhóm BN < 64 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất (58,33%). Nhóm chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm > 75 tuổi chiếm 3,33%. Đa số là BN nữ (66,67%). Về BMI, nhiều nhất là nhóm có chỉ số bình thường (53,33% theo IDI & WPRO).

**2. Các đặc điểm về bệnh lý chuyển hóa của nhóm BN tham gia nghiên cứu****Bảng 2.** Đặc điểm về bệnh lý chuyển hóa của nhóm BN tham gia nghiên cứu.

Nội dung	Nhóm BN nghiên cứu		
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
Rối loạn chuyển hóa lipid			
Có	6	10,00	0,013
Không	54	90,00	
Đái tháo đường týp 2			
Có	5	8,33	0,024
Không	55	91,67	
Tổng	60	100	

Có 10,00% BN tham gia nghiên cứu có rối loạn chuyển hóa lipid và 8,33% có kèm bệnh lý đái tháo đường týp 2.

**3. Đặc điểm về các yếu tố bệnh lý tim mạch trên nhóm BN nghiên cứu****Bảng 3.** Đặc điểm về bệnh lý tim mạch trên nhóm BN nghiên cứu.

Nội dung	Nhóm BN nghiên cứu		
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
Suy tim			
Có	43	71,67	< 0,001
Không	17	28,33	
Tăng huyết áp			
Có	9	15,00	0,002
Không	51	85,00	
Bệnh van tim			
Có	52	86,67	< 0,001
Không	8	13,33	
Tổng	60	100	

Về chuyển hóa tim, có 71,67% BN rung nhĩ trong nhóm nghiên cứu được chẩn đoán suy tim. 15,00% trong tổng số BN có tăng huyết áp. Và 86,67% có kèm bệnh lý van tim.

**Bảng 4.** Đặc điểm đánh giá nguy cơ đột quỵ theo thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc.

Số điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
0	5	8,33
1	15	25,00
2	19	31,67
3	13	21,67
4	5	8,33
≥ 5	3	5,00
Tổng	60	100

Dựa trên phương pháp tính nguy cơ của thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, trong 60 BN nghiên cứu chỉ có 26,67% thuộc nhóm ít nguy cơ. Tỷ lệ nhóm nguy cơ 2 điểm chiếm nhiều nhất (31,67%). Nhóm 5 điểm chiếm tỷ lệ nhỏ nhất (5,00%).

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu

\* *Nhóm tuổi:* Tuổi già và sự lão hóa đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu là yếu tố liên quan đến tình trạng rung nhĩ. Trong nhóm BN tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nhóm BN > 75 tuổi chiếm 3,33% cũng là nhóm BN được chỉ định dùng thuốc chống đông theo khuyến cáo của thang điểm phân tầng nguy cơ đột quỵ CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc [5]. Nhóm BN có nguy cơ thấp hơn là nhóm < 64 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất.

\* *Giới tính:* Giới tính là một trong số những yếu tố nguy cơ được sử dụng để đánh giá nguy cơ mắc đột quỵ. Trong nhóm nghiên cứu, đa phần BN thuộc giới nữ. Sự khác nhau giữa nam và nữ trong bệnh lý rung nhĩ biểu hiện ở cách nhận định nguy cơ đột quỵ theo thang điểm CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Số điểm là 1 ở nam và 2 ở nữ là nguy cơ "trung bình thấp", các bác sĩ lâm sàng xem xét sử dụng thuốc chống đông. Điểm số lần lượt là ≥ 2 và ≥ 3 ở nam và nữ, là nguy cơ "trung bình-cao" và là chỉ định để BN được sử dụng thuốc chống đông. Tuy nhiên cả giới tính và nhóm tuổi đều thuộc nhóm yếu tố không giám sát dự phòng được.

\* *Chỉ số BMI*: Béo phì được xác định khi BN có giá trị đo lường  $\geq 30$  theo WHO và  $\geq 25$  theo IDI % WPRO. Vấn đề đặt ra trong điều trị là các nhà lâm sàng cần phải chú trọng chế độ ăn và tập luyện nhằm làm giảm cân nặng hiện tại. Duy trì BMI ở mức bình thường là một trong những phương pháp phòng ngừa các biến chứng của rung nhĩ. Quá trình tư vấn và theo dõi cân nặng cần là một trong những mục tiêu quản lý chặt chẽ. [6]. Với tiêu chuẩn hiện hành của Bộ Y tế dựa trên phân loại của IDI & WPRO, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số lượng BN béo phì cần áp dụng tư vấn dinh dưỡng nhiều hơn so với khi áp dụng phân loại của WHO.

## 2. Các đặc điểm về bệnh lý chuyển hóa

\* *Rối loạn lipid*: Theo tác giả Lancini và CS, rối loạn lipid máu (bên cạnh tăng huyết áp, bệnh thận mạn...) là một trong những yếu tố liên quan đến gánh nặng của rung nhĩ ở mức cao [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 10,00% BN rung nhĩ có rối loạn chuyển hóa lipid. Và đây cũng là yếu tố có thể cải thiện nhằm dự phòng biến chứng của bệnh. Theo dõi và điều trị các chỉ số triglyceride, cholesterol tổng số, non-HDL cholesterol, LDL cholesterol càng quan trọng trên những BN rung nhĩ có kèm theo các bệnh lý về mạch máu và có nguy cơ huyết khối cao.

\* *Đái tháo đường*: Nguy cơ đái tháo đường trên BN rung nhĩ không chỉ do xơ vữa động mạch hoặc biến chứng mạch máu mà còn làm tăng các biến cố huyết khối tắc mạch liên quan đến tỷ lệ hiện mắc rung nhĩ cao hơn trong nhóm đái tháo đường [8]. Có 8,33% BN trong nhóm BN nghiên cứu có kết hợp rung nhĩ và đái tháo đường. Thang điểm CHA2DS2-VASc ghi nhận đái tháo đường chiếm 1 điểm trong cách tính nguy cơ. Tuy nhiên, ở một nghiên cứu của nhóm tác giả Jakub (2023) lại cho thấy thời gian điều trị bệnh tiểu đường, mô hình điều trị bệnh tiểu đường hoặc kiểm soát trao đổi chất không ảnh hưởng rõ rệt đến tỷ lệ mắc rung nhĩ, bao gồm cả rung nhĩ không triệu chứng [9].

## 3. Các đặc điểm về bệnh lý tim mạch

\* *Suy tim*: Trong nghiên cứu của chúng tôi, không phân loại thành nhóm BN suy tim do rung nhĩ, hay nhóm rung nhĩ như biến chứng của suy tim có trước. Tuy nhiên, sự kết hợp giữa suy tim và rung nhĩ đều làm tăng gánh nặng của bệnh lý. BN tồn tại song song cả rung nhĩ và suy tim có tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh động mạch vành và bệnh thận mãn tính cao hơn nhóm chỉ có rung nhĩ đơn thuần [10]. Tỷ lệ kết hợp cả 2 bệnh này trong nghiên cứu của chúng tôi lên tới 71,67% tổng số trường hợp.

\* *Bệnh van tim*: Tỷ lệ BN rung nhĩ có bệnh van tim chiếm phần lớn (86,67%). Như vậy không chỉ suy tim, bệnh van tim cũng một trong những bệnh lý kết hợp phổ biến với rung nhĩ.

\* *Thang điểm CHA2DS2-VASc*: Với nhóm BN nguy cơ thấp, BN được theo dõi và chưa có chỉ định sử dụng thuốc chống đông đường uống. Các trường hợp nguy cơ cao do không có trường hợp nào có chống chỉ định nên đều được sử dụng thuốc chống đông đường uống. Một nhược điểm của thang điểm này, đó là chưa bao gồm nội dung rối loạn chuyển hóa lipid. Cho dù đây là một yếu tố nguy cơ về đột quỵ được nhiều nghiên cứu ghi nhận.

### KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 60 BN rung nhĩ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng cho thấy 45,00% BN có BMI  $\geq 23$ ; 10,00% có rối loạn chuyển hóa lipid và 8,33% có đái tháo đường. 71,67% trong tổng số các trường hợp có kết hợp suy tim; 26,67% BN ít cơ nguy cơ đột quỵ theo thang điểm CHA2DS2-VASc.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Patel NJ, Deshmukh A, Pant S, Singh V, Patel N, Arora S, Shah N, Chothani A, Savani GT, Mehta K, Parikh V, Rathod A, Badheka AO, Lafferty J, Kowalski M, Mehta JL,

Mitrani RD, Viles-Gonzalez JF, Paydak H. Contemporary trends of hospitalization for atrial fibrillation in the United States, 2000 through 2010: Implications for healthcare planning. *Circulation*. 2014; 129:2371-2379.

2. Link MS, Haïssaguerre M, Natale A. Ablation of atrial fibrillation: Patient selection, periprocedural anticoagulation, techniques, and preventive measures after ablation. *Circulation*. 2016; 134:339-352.

3. Malmo V, Nes BM, Amundsen BH, Tjonna AE, Stoylen A, Rossvoll O, Wisloff U, Loennechen JP. Aerobic interval training reduces the burden of atrial fibrillation in the short term: A randomized trial. *Circulation*. 2016; 133:466-473.

4. Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: The euro heart survey on atrial fibrillation. *Chest*. 2010 Feb; 137(2):263-272.

5. Zathar Z, Karunatileke A, Fawzy AM, Lip GYH. Atrial Fibrillation in Older People: Concepts and Controversies. *Front Med (Lausanne)*. 2019 Aug 8; 6:175.

6. Lee YS, Yang PS, Jang E, Kim D, Yu HT, Kim TH, Uhm JS, Sung JH, Pak HN, Lee MH, Joung B. Association between Obesity and heart



- failure and related atrial fibrillation: Patient-level data comparisons of two cohort studies. *Yonsei Med J.* 2024 Jan; 65(1):10-18.
7. Lancini D, Sun J, Mylonas G, Boots R, Atherton J, Prasad S, Martin P. Predictors of new onset atrial fibrillation burden in the critically ill. *Cardiology.* 2023 Oct 7.
8. Chamberlain, A. M. et al. Metabolic syndrome and incidence of atrial fibrillation among blacks and whites in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am. Heart J.* 2010; 159:850-856.
9. J Gumprecht, G Y H Lip, A Sokal, B Sredniawa, J Stokwiszewski, T Zdrojewski, T Grodzicki, J Kazmierczak, G Opolski, Z Kalarus, Impact of diabetes mellitus severity, treatment regimen and glycaemic control on atrial fibrillation prevalence. A report from the NOMED-AF prospective cross-sectional observational study. *European Heart Journal.* November 2023; 44(2): ehad655.448.
10. Irbadi N, Al-Nusair M, El-Zubi FK, Tashtoush M, Alzoubi O, Khamis S, Masadeh MM, Alzoubi KH, Al-Hiari M, Hammoudeh A. Evaluation of clinical, echocardiographic, and therapeutic characteristics, and prognostic outcomes of coexisting heart failure among patients with atrial fibrillation: The Jordan Atrial Fibrillation (JoFib) study. *Curr Vasc Pharmacol.* 2023 Nov 30.