

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA RUNG NHĨ

NGUYỄN THỊ BẢO LIÊN - *Bệnh viện Xanh Pôn*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung tâm nhĩ (AF) là một chứng loạn nhịp tim tương đối phổ biến mà có thể gây ra các triệu chứng và làm giảm đáng kể cả tình trạng chức năng và chất lượng cuộc sống. Bệnh nhân bị rung nhĩ có thể có nguy cơ tử vong (1,5 đến 1,9 lần trong nghiên cứu Framingham), cho sự suy giảm trong huyết động do tăng nhịp tim, mất đồng bộ nhĩ thất (AV), và rối loạn tiến triển chức năng của tâm nhĩ trái và tâm thất trái và gây ra đột quỵ và tắc mạch khác do huyết khối tâm nhĩ.

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ rung nhĩ và đưa ra các yếu tố nguy cơ của rung nhĩ.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng:

1220 bệnh nhân vào khám và điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Xanh Pôn từ 1/2011 đến tháng 11 năm 2011.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân dưới 15 tuổi.

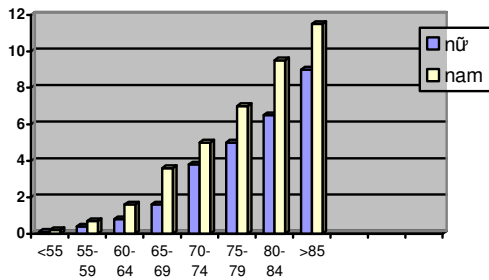
2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Xử lý số liệu: Các số liệu được tập hợp và làm sạch, xử lý theo phần mềm SPSS và EXCELL.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ chung



Hình 1: Tỷ lệ của rung nhĩ với tuổi %

Tỷ lệ AF phụ thuộc vào dân số nghiên cứu, sự gia tăng nguy cơ theo tuổi

Tỷ lệ tổng thể của AF là 1 phần trăm, Tỷ lệ cao hơn ở nam giới hơn phụ nữ (1,1% so với 0,8 %), có sự khác biệt nhìn thấy trong tất cả các nhóm tuổi

Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới

70 % là ít nhất là 65 tuổi và 45 % người ≥ 75 tuổi.

Tỷ lệ AF dao động từ 0,1 % trong số người lớn dưới 55 tuổi đến 9 % trong những người ≥ 80 tuổi (hình 1).

Mô hình tương tự đã được báo cáo trong một dân số dựa trên nghiên cứu thuần tập tương lai châu Âu 6808 đối tượng ≥ 55 tuổi. Sự phổ biến của AF là 5,5 %, từ 0,7 % trong những người tuổi từ 55 đến 59 năm và 17,8 % cho những người ≥ 85 tuổi. Tỷ lệ cao hơn ở nam giới hơn phụ nữ (6,0 so với 5,1 %).

Tỷ lệ AF trong dân số ngày càng tăng. Trong một nghiên cứu dựa vào cộng đồng là 1,4 triệu bệnh nhân ở Anh và xứ Wales, tỷ lệ chuẩn hóa theo tuổi của AF từ 1994 đến 1998 tăng 22 % và 14 % ở nam giới và phụ nữ, tương ứng

Bảng 1: Phân bố tỷ lệ của rung nhĩ theo nhóm bệnh

Bệnh	Số bệnh nhân	Số BN Rung nhĩ	Tỷ lệ % rung nhĩ
Suy tim	120	26	21,67 %
THA	101	12	11,88 %
Bệnh mạch vành	90	6	6,67 %
Bệnh van tim	64	22	34,37 %
Bệnh cơ tim phì đại	8	2	25 %
Tim bẩm sinh	12	5	41,67 %
Nhồi máu não	40	9	22,5 %
COPD	115	10	8,69 %
Cường giáp	9	2	22,22 %
Suy thận mãn	76	7	9,21 %
Nhiễm trùng	496	14	2,82 %
Nghiện rượu	84	9	10,71 %
Tổng số	1220	122	Tỷ lệ RN chung 1 %

2. Tỷ lệ AF trong bệnh nhân suy tim (HF).

Nghiên cứu của chúng tôi trong số 120 bệnh nhân suy tim có 26 bệnh nhân rung nhĩ, chiếm tỷ 21,67 % tương ứng với một phân tích từ nghiên cứu Framingham Heart trong đó 1470 người tham gia nghiên cứu sự tiến triển AF, HF, hoặc cả hai trong một khoảng thời gian 47 năm. Trong số 708 người đã tiến triển HF mà trước đó không có AF, 159 (22 %) sau đó đã tiến triển thành AF theo dõi trung bình là 4,2 năm (tỷ lệ tỷ lệ 5,4 % mỗi năm). Phát hiện tương tự như đã được ghi nhận cho những bệnh nhân tiến triển AF đầu tiên, tỷ lệ tiếp theo của HF là 3,3 % mỗi năm. Trong một báo cáo khác từ nghiên cứu Framingham Heart, OR cho phát triển AF trong một khoảng thời gian hai năm ở những bệnh nhân suy tim là 4,5 đối với nam và 4,9 đối với phụ nữ.

Ngoài ra còn có một mối liên hệ giữa rối loạn chức năng tâm trương thất trái và AF. Trong một nghiên cứu 840 bệnh nhân ≥ 65 tuổi, 80 bệnh nhân có AF phát triển theo dõi trung bình bốn năm. Bệnh nhân có chức năng tâm trương bất thường đã làm tăng nguy cơ AF so với những người có chức năng tâm trương bình thường, theo dõi 6517 bệnh nhân trong các thử nghiệm SOLVD (bệnh nhân bị rối loạn chức năng thất trái không triệu chứng hoặc suy tim NYHA II III) phát hiện ra rằng AF (hiện diện trong 6,4 %) là một yếu tố dự báo quan trọng của tất cả các nguyên nhân tử vong (34 so với 23 % trong những người không có AF), ngay cả sau khi phân tích đa biến.

AF có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng ở bệnh nhân suy tim và không kiểm soát được suy tim có thể đẩy hoặc tăng tốc độ phản ứng của tâm thất với AF.

3. Bệnh tim tăng huyết áp. Nghiên cứu của chúng tôi có 101 bệnh nhân bị tăng huyết áp có 12 bệnh nhân bị rung nhĩ chiếm tỷ lệ 11,88 %. Mối liên hệ giữa cao huyết áp và AF được minh họa trong các nghiên cứu theo chiều dọc của nam tuyển dụng phi hành đoàn không khí đã nói ở trên: một lịch sử tăng huyết áp làm tăng nguy cơ phát triển AF 1,42 lần. Mặc dù đây là một sự gia tăng tương đối nhỏ trong nguy cơ, tần số của tăng huyết áp trong các điều tra dân số, nói chung trong bệnh tim tăng huyết áp là bệnh tiềm ẩn phổ biến nhất ở bệnh nhân AF

4. Bệnh động mạch vành –Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rung nhĩ trong số bệnh nhân bệnh mạch vành có 6,67%. Rung tâm nhĩ thường không phối hợp với bệnh mạch vành trừ khi nó rất phức tạp do nhồi máu cơ tim (MI) hoặc suy tim. AF xảy ra thoáng qua trong 6 đến 10 % bệnh nhân có nhồi máu cơ tim (MI).. Những bệnh nhân này có tiên lượng xấu hơn mà chủ yếu là do các bệnh đi kèm như tuổi cao và suy tim. Tỷ lệ AF là thấp hơn nhiều ở những bệnh nhân mắc bệnh mạch vành ổn định mãn tính. Trong các động mạch vành học phẫu thuật (CASS), trong đó bao gồm hơn 18.000 bệnh nhân bị bệnh động mạch vành, AF đã có mặt trong chỉ có 0,6 phần trăm. Những bệnh nhân này có lẽ đã có kinh niên AF, sự

phổ biến của kịch phát AF có thể cao hơn. AF được kết hợp với độ tuổi lớn hơn 60, giới tính nam, hở van hai lá, và suy tim.

5. Bệnh van tim: Trong số 64 bệnh nhân mắc bệnh van tim có 22 bệnh nhân bị rung nhĩ, chiếm tỷ lệ 34,37 %. Hầu như bất kỳ tổn thương van tim dẫn hẹp đáng kể hoặc trào ngược có liên quan với sự phát triển của AF. Sau đây là tần số đại diện: Hẹp van hai lá (MS), hở van hai lá (MR)

MS và MR - 52 %

MS đơn độc - 29 %

MR đơn độc - 16 %

6. Bệnh cơ tim phì đại. Nghiên cứu của chúng tôi có 8 bệnh nhân mắc bệnh cơ tim phì đại, AF đã được báo cáo có 25 %. Tầm quan trọng tiên lượng của AF ở những bệnh nhân không rõ ràng, với một số báo cáo cho thấy một tiên lượng xấu hơn và những người khác không làm tăng tỷ lệ tử vong

7. Bệnh tim bẩm sinh : Nghiên cứu của chúng tôi trong số 12 bệnh nhân tim bẩm sinh có 5 bệnh nhân rung nhĩ, chiếm 41,67 %. AF đã được báo cáo trong khoảng 18,2 % người lớn với một khiếm khuyết vách ngăn tâm nhĩ. Tuy nhiên, tỷ lệ AF có liên quan đến tuổi tác, khác nhau, trong một loạt từ 15 % cho những người tuổi từ 40 đến 60, với 61 phần trăm cho những người trên 60 tuổi

8. Nhồi máu não :Trong số 40 bệnh nhân nhồi máu não có 22,5 % có rung nhĩ. Tỷ lệ này ít hơn nghiên cứu của Osama Alhadramy năm 2010, trong số 426 bệnh nhân đột quỵ có 23,2 % bệnh nhân rung nhĩ, có thể là số bệnh nhân đột quỵ trong nghiên cứu của chúng tôi ít hơn.

9. AF cũng xảy ra trong bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính : nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này là 8,69 %. Một nghiên cứu về sự suy giảm chức năng hô hấp và nguy cơ rung nhĩ tại viện tim mạch thành phố Copenhagen ở trên nguy cơ mắc mới AF là cao hơn 1,8 lần ở FEV1 60 -80% so với FEV1 >80%, sau khi đã được điều chỉnh về tuổi, giới, đường kính, hút thuốc là, huyết áp, BMI. Nguy cơ AF nằm viện là 1,3 lần cao hơn cho FEV1 từ 60-80% và cao hơn 1,8 lần cho FEV1 < 60% so với FEV1 > 80%, khi điều chỉnh bổ sung đã được thực hiện cho giáo dục, điều trị bằng thuốc lợi tiểu và đau ngực khi hoạt động. Các tác giả kết luận rằng giảm chức năng phổi là một yếu tố dự báo độc lập cho tỷ lệ rung nhĩ.

10. Cường giáp : Bệnh nhân bị cường giáp có tăng nguy cơ phát triển AF. Trong số 9 bệnh nhân cường giáp có 2 bệnh nhân rung nhĩ, chiếm tỷ lệ 22,22 %. Trong một nghiên cứu dựa trên dân số của 40.628 bệnh nhân cường giáp lâm sàng, 8,3 phần trăm đã rung tâm nhĩ. Rung tâm nhĩ xảy ra trong 10 đến 24 phần trăm bệnh nhân trên 60 tuổi nhưng trong vòng chưa đầy 1 % bệnh nhân dưới 40 tuổi. Đàn ông có nhiều khả năng có AF hơn phụ nữ (12,1 % so với 7,6 %). Tăng beta adrenergic có thể góp phần cho sự phát triển của AF trong cường giáp và cũng có thể góp phần vào việc đáp ứng nhanh thất được hình thành.

Nguy cơ AF cũng tăng ở bệnh nhân cường giáp cận lâm sàng. Sự gia tăng nguy cơ được minh họa bằng các quan sát sau: Trong một đánh giá của 23.638 đối tượng, tỷ lệ AF trong những cường giáp lâm sàng và cận lâm sàng tương tự (14 và 13 %) và cao hơn so với đối tượng bình giáp (2,3 %). Do kết quả của những quan sát này, TSH huyết thanh nên được đo như là một phần của việc đánh giá ban đầu trong tất cả các bệnh nhân RN, ngay cả khi không có triệu chứng gợi ý nhiễm độc giáp.

11. Bệnh thận mãn tính : Nghiên cứu của chúng tôi có 76 bệnh nhân bị suy thận mãn tính, trong đó tỷ lệ AF là 9,21 %. Suy thận làm tăng nguy cơ của sự phát triển của AF. Hai nghiên cứu thuần tập tương lai sau đây là đại diện: Trong một nghiên cứu 235, 818 cá nhân, tỷ lệ nguy hiểm cho sự phát triển của AF là 1,32 đối với bệnh nhân có eGFRs 30-59 mL/min/1.73m² so với những người có chức năng thận bình thường.

Mối quan hệ giữa suy thận và AF đã được đánh giá trong báo cáo của 10, 328 cá nhân có AF có nguy cơ xơ vữa động mạch trong cộng đồng (ARIC). So với cá nhân có eGFRcys \geq 90 mL/min/m², tỷ lệ nguy hiểm đa biến cho sự phát triển của AF đã tăng đáng kể khoảng 1,3, 1,6 và 3,2 ở những người có eGFRcys là 60-89, 30-59, và 15-29 ml / min/m² tương ứng trong quá trình theo dõi trung bình là 10,1 năm. Ngoài ra macroalbuminuria và Albumin liên quan đáng kể với nguy cơ AF cao hơn.

12. Viêm và nhiễm trùng: Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ rung nhĩ trong số những bệnh nhân nhiễm trùng là 2,82 %, quá trình viêm có thể đóng một vai trò trong sự hình thành của AF. Đo huyết thanh protein phản ứng C (CRP), một chất phản ứng giai đoạn cấp tính, đã được sử dụng để đánh giá mối quan hệ giữa AF và viêm. Tuy nhiên, tình trạng viêm nhiều khả năng có dấu hiệu cho các điều kiện khác liên quan đến AF. Bằng chứng mạnh mẽ chống lại vai trò nguyên nhân trực tiếp cho tình trạng viêm, như phát hiện sự tăng cao của CRP, xuất phát từ một nghiên cứu ngẫu nhiên Mendel được đánh giá gần 47.000 cá nhân trong hai nhóm người từ Copenhagen, Đan Mạch. Các quan sát sau đã được thực hiện: Sau khi điều chỉnh đa yếu tố, mức CRP trong nhóm tăng cao so với thấp có liên quan với tăng đáng kể nguy cơ của sự phát triển AF (Hazard ratio 1,77, 95% CI 1,22-2,55). Sự kết hợp kiểu gen của 4 kiểu hình CRP có liên quan đáng kể với một sự gia tăng 63 % trong nồng độ CRP trong huyết tương, nhưng không tăng nguy cơ của sự phát triển của rung tâm nhĩ. Như vậy, tình trạng viêm, CRP, không có khả năng là nguyên nhân của rung tâm nhĩ.

13. Rượu : Nghiên cứu của chúng tôi trong số 84 bệnh nhân nghiện rượu có 9 bệnh nhân rung nhĩ, chiếm 10,71 %. Rung tâm nhĩ xảy ra lên đến 60 phần trăm của những người uống rượu say sưa có hoặc không có bệnh cơ tim do rượu tiềm ẩn. Hầu hết các trường hợp xảy ra trong và sau những ngày cuối tuần hoặc ngày lễ khi uống rượu được tăng lên, một hiện

tượng được gọi là "hội chứng tim kỳ nghỉ." Tuy nhiên, ngay cả một lượng khiêm tốn của rượu có thể kích hoạt AF trong một số bệnh nhân.

Uống rượu lâu dài với lượng vừa phải AF không xuất hiện như một yếu tố nguy cơ Trong một phân tích trên 4731 bệnh nhân từ nghiên cứu Framingham, không có liên quan đáng kể hoặc ở người đàn ông hoặc phụ nữ.

Ngược lại, uống rượu mạnh có liên quan đến tăng tỷ lệ của AF. Hai nghiên cứu thuần tập lớn tìm thấy một sự gia tăng ở nam giới với mức tiêu thụ rượu nặng (hazard ratio 1,45 ở cả hai). Không có nghiên cứu tìm thấy một mối tương quan giữa việc sử dụng rượu nặng và AF ở phụ nữ, nhưng khả năng phát hiện một mối tương quan như vậy bị hạn chế bởi số lượng nhỏ phụ nữ uống rượu trong nghiên cứu này. Một nghiên cứu 1055 trường hợp khác trong một thời gian dài thấy AF xuất hiện trong thời gian dài theo dõi có sự tăng nguy cơ (RR 1,34, 95% CL 1,01-1,78) với mức tiêu thụ hơn 36 gram mỗi ngày (khoảng > 3 đồ uống / ngày)

14. Các bệnh khác :

- **Béo phì :** Nghiên cứu của chúng tôi trong số 322 bệnh nhân béo phì có 10,1% có AF. Cá nhân béo phì (BMI > 30 kg/m²) là có nhiều khả năng phát triển rung nhĩ hơn những người có chỉ số BMI bình thường (<25 kg/m²). Điều này được minh họa trong một phân tích từ nghiên cứu Framingham của 5282 bệnh nhân không có AF lúc ban đầu. Chỉ số khối cơ thể (BMI) được xác định cho tất cả người tham gia. Tại một theo dõi trung bình 14 năm, 526 bệnh nhân (10 phần trăm) phát triển AF. Tham gia béo phì (BMI \geq 30,0) có nhiều khả năng để phát triển AF hơn những người có chỉ số BMI bình thường (<25,0) (1,52 đối với nam và 1,46 đối với nữ). Trong một nghiên cứu thuần tập dựa trên dân số của 47.589 người đàn ông và phụ nữ không có bệnh tim mạch từ trước, cá nhân béo phì (BMI \geq 30) là tăng nguy cơ phát triển hoặc rung tâm nhĩ hoặc khi so sánh với các cá nhân cân nặng bình thường (BMI <25) (HR 2.35 ở nam giới; 1,99 ở phụ nữ). Sự kết hợp với chỉ số BMI dường như mạnh mẽ hơn cho rung nhĩ kéo dài khi so sánh với AF thoáng qua hoặc AF không liên tục

- **Yếu tố di truyền:** Nghiên cứu của chúng tôi khi xem xét 122 bệnh nhân RN có 5 phần trăm đã có tiền sử gia đình bị AF. Trong một phân tích 2243 cá thể trong nghiên cứu Framingham Heart, những người có cha mẹ AF có một tỷ lệ cao hơn đáng kể phát triển AF hơn những người không có cha mẹ AF (4,1 % so với 2,7 %, điều chỉnh tỷ lệ chênh lệch 1,85). Hiệu ứng này là rõ rệt hơn khi phân tích được giới hạn cho những bệnh nhân tuổi AF bắt đầu ít hơn 75 năm và những người không có nhồi máu cơ tim trước, suy tim, bệnh van tim (OR 3.17).

KẾT LUẬN

Tỷ lệ mới mắc bệnh và tỷ lệ hiện mắc rung tâm nhĩ (AF) phụ thuộc vào dân số nghiên cứu. Cả hai đều làm tăng đáng kể khi tuổi càng cao.

Bệnh tim tăng huyết áp và bệnh mạch vành tim là

các rối loạn tiềm ẩn phổ biến nhất ở những bệnh nhân bị rung tâm nhĩ. Nguyên nhân thường gặp khác bao gồm dư thừa rượu, suy tim, bệnh van tim và cường giáp.

Bệnh thấp tim, mặc dù bây giờ không phổ biến, được phối hợp với một tỷ lệ cao của AF.

Sử dụng rượu nặng mãn tính không làm tăng nguy cơ AF ở nam giới, trong khi tác động của việc sử dụng rượu nặng ở phụ nữ là chưa rõ ràng. Sử dụng rượu vừa phải mãn tính không xuất hiện để gia tăng tỉ lệ AF trong những người đàn ông hay phụ nữ.

Sự di truyền của AF là phức tạp. Đối với đa số bệnh nhân, tính nhạy cảm di truyền, nếu có, có lẽ là một hiện tượng polygenic, có nghĩa là đó là do ảnh hưởng kết hợp của một số gen.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benjamin EJ, Wolf PA, D'Agostino RB, et al. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. *Circulation* 1998; 98:946.

2. Chugh SS, Blackshear JL, Shen WK, et al. Epidemiology and natural history of atrial fibrillation: clinical implications. *J Am Coll Cardiol* 2001; 37:371.

3. Majeed A, Moser K, Carroll K. Trends in the

prevalence and management of atrial fibrillation in general practice in England and Wales, 1994-1998: analysis of data from the general practice research database. *Heart* 2001; 86:284.

4. Feinberg WM, Blackshear JL, Laupacis A, et al. Prevalence, age distribution, and gender of patients with atrial fibrillation. Analysis and implications. *Arch Intern Med* 1995; 155:469.

5. Heeringa J, van der Kuip DA, Hofman A, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. *Eur Heart J* 2006; 27:949.

6. HISS RG, LAMB LE. Electrocardiographic findings in 122,043 individuals. *Circulation* 1962; 25:947.

7. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA* 2001; 285:2370.

8. Schnabel RB, Sullivan LM, Levy D, et al. Development of a risk score for atrial fibrillation (Framingham Heart Study): a community-based cohort study. *Lancet* 2009; 373:739.