

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN RỐI LOẠN NHỊP CHẬM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Trần Anh Sơn, Phan Thị Hà Linh

Trường Đại học Y khoa Vinh

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân rối loạn nhịp chậm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp năm 2023 - 2024. Phương pháp nghiên cứu quan sát mô tả theo dõi dọc được tiến hành trên 99 bệnh nhân rối loạn nhịp chậm thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thông tin được thu thập bằng thăm khám và mẫu bệnh án thiết kế sẵn. Kết quả cho thấy nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất 84,84%, tỷ lệ nam và nữ là 1/1. Triệu chứng lâm sàng chóng mặt chiếm tỷ lệ cao nhất (58,59%), tiếp theo là khó thở 50,51%, đau ngực 22,22% và thiểu năng 19,19%. Nhóm suy tim NYHA độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất (13,13%). Các chỉ số sinh hoá máu trong giới hạn bình thường. Siêu âm tim có hình ảnh hở van hai lá (54,55%) là tổn thương chủ yếu, phần lớn là hở cơ năng, giãn nhĩ trái, giãn thất trái, giãn thất phải chiếm 18,18%, phân suất tống máu thất trái giảm dưới 50% chiếm 6,06%. Như vậy rối loạn nhịp chậm là bệnh lý tim mạch có ảnh hưởng đến sự co bóp của tim, bệnh cảnh lâm sàng thường diễn biến đột ngột và có thể gây tử vong. Việc phát hiện sớm các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng giúp tiên lượng và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Điều trị chủ yếu gồm nội khoa và cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn mang lại nhiều hiệu quả về lâu dài và an toàn hơn, cải thiện rõ rệt triệu chứng, giảm tỷ lệ tử vong, tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Rối loạn nhịp chậm, bệnh lý tim mạch, suy tim, máy tạo nhịp tim.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhịp tim chậm được định nghĩa là nhịp tim < 60 nhịp/phút. Rối loạn nhịp chậm là bệnh lý tim mạch có ảnh hưởng đến sự co bóp của tim [1]. Khi hoạt động điện học của tim bất thường, tần số tim có thể thay đổi. Bệnh có xu hướng gia tăng nhanh chóng và rõ rệt theo tuổi tác. Nhịp tim chậm còn gây ra nhiều biến chứng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống hàng ngày, năng suất lao động giảm sút và một vài trường hợp có thể gây ra các hậu quả nghiêm trọng ảnh hưởng đến tính mạng của người bệnh như ngất hoặc ngừng tim. Tại Viện Tim mạch Việt Nam, tỷ lệ tử vong do rối loạn nhịp chiếm 38,8%. Tại các tỉnh phía Bắc, rối loạn nhịp tim trong cộng đồng là 19,5% trong đó dạng block nhĩ thất chiếm 0,7%, nhịp chậm xoang chiếm 0,3%. Trong các loại rối loạn nhịp chậm thì phổ biến hơn cả là hội chứng nút xoang bệnh lý và block nhĩ - thất. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân block

nhĩ - thất độ III sau 1 năm là 40% và sau 5 năm lên tới 70%, 1/3 số bệnh nhân đột tử... đòi hỏi phải có biện pháp điều trị hữu hiệu [2].

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp đã áp dụng cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn để điều trị cho các bệnh nhân có rối loạn nhịp chậm. Tuy nhiên việc đánh giá đầy đủ về bệnh rối loạn nhịp chậm tại bệnh viện vẫn chưa được nghiên cứu và công bố rộng rãi nhiều, chính vì những lý do trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân rối loạn nhịp chậm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp năm 2023 - 2024, từ đó có thể chẩn đoán, xử trí tốt nhất, giảm nguy cơ tăng nặng cũng như giảm chi phí điều trị cho người bệnh và cơ sở y tế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

99 bệnh nhân rối loạn nhịp chậm được chẩn đoán tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp năm 2023 - 2024.

+ *Tiêu chuẩn lựa chọn*: bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn nhịp tim chậm theo tiêu chuẩn năm 2018 của ACC/AHA/HRS [1] và Khuyến cáo năm 2010 của Hội tim mạch Việt Nam [2] đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ *Tiêu chuẩn loại trừ*: Bệnh nhân không đủ thông tin theo biểu số. Bệnh nhân bị khiếm khuyết về trí tuệ, ngôn ngữ, cảm xúc.

2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thời gian và địa điểm nghiên cứu*: Từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024 tại Khoa Tim mạch - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp.

- *Thiết kế nghiên cứu*: mô tả cắt ngang.

- *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu*: Cỡ mẫu toàn bộ và chọn mẫu thuận tiện các bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa thỏa mãn tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

- *Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu*:

+ *Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu*: tuổi, giới, thời gian nằm viện, địa dư,...

+ *Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng tại các thời điểm trước can thiệp, khi ra viện và sau 3 tháng can thiệp*: Các triệu chứng cơ năng, tiền sử các yếu tố nguy cơ tim mạch và các bệnh lý khác kèm theo,...

+ *Triệu chứng cận lâm sàng*: công thức máu, sinh hóa, điện tim, siêu âm tim,...

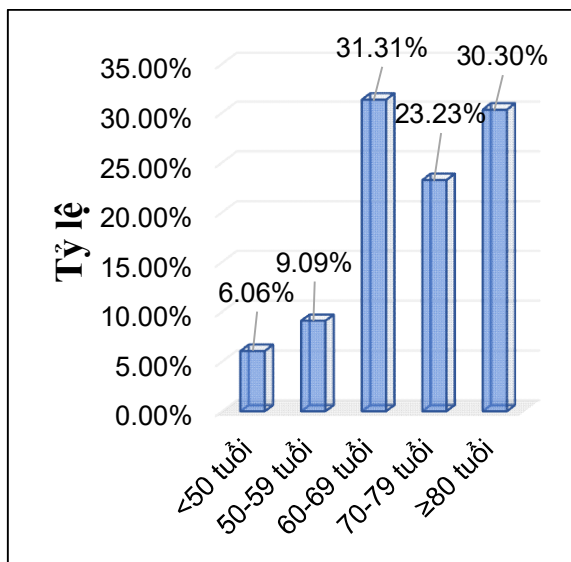
- *Phương pháp xử lý số liệu*: bộ câu hỏi thiết kế sẵn, mã hóa nhập số liệu bằng phần mềm SPSS Builder, xử lý và phân tích số liệu bằng SPSS 27.0.

3. Đạo đức trong nghiên cứu

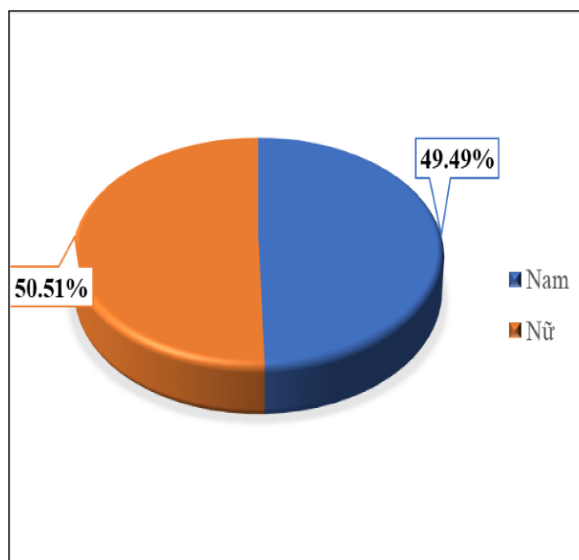
Đề tài đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt và được Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp chấp thuận cho thực hiện. Thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và đề xuất can thiệp, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu
Nhóm tuổi chủ yếu ≥ 60 (84,84%); Tỷ lệ giữa nam/ nữ là 1/1



Biểu đồ 2. Giới tính đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Bệnh đồng mắc và các yếu tố nguy cơ tim mạch của đối tượng nghiên cứu (n=99)

Bệnh đồng mắc và các yếu tố nguy cơ tim mạch	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	46	46,46
Suy tim	16	16,16
Bệnh mạch vành	22	22,22
Đái tháo đường	25	25,25
Bệnh thận mạn	11	11,11
Rối loạn Lipid máu	16	16,16
Hút thuốc lá, thuốc lào	9	9,09

Tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 46,46%.

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng (n = 99)

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Thiu, ngất	19	19,19
	Chóng mặt	58	58,59
	Khó thở	50	50,51
	Đau ngực	22	22,22
Phân độ Suy tim theo NYHA	Độ 2	13	13,13
	Độ 3	3	3,03
Tần số tim (chu kỳ/phút)	Tần số tim ($\bar{X} \pm SD$)	55,49 $\pm$ 20,11	
Huyết áp khi nhập viện (mmHg)	HATT ($\bar{X} \pm SD$)	139,14 $\pm$ 29,97	
	HATTr ($\bar{X} \pm SD$)	78,35 $\pm$ 13,02	
Phân loại huyết áp	Tụt huyết áp	1	1,01
	Huyết áp bình thường	52	52,53

	Tăng huyết áp độ 1	27	27,27
	Tăng huyết áp độ 2	19	19,19

Triệu chứng cơ năng gặp ở tất cả bệnh nhân tuy nhiên nhiều nhất là chóng mặt 58,59% và khó thở 50,51%. 16 bệnh nhân có biểu hiện suy tim độ 2 (13,13%) và độ 3 (3,03%). Huyết áp tâm trương và tâm thu dao động và tăng, có 1 bệnh nhân tụt huyết áp (1,01%).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng (n = 99)

Xét nghiệm	$\bar{X} \pm SD$	Min - Max
Glucose máu (mmol/L)	6,60 $\pm$ 3,49	3,10 - 30,20
K ⁺ máu (mmol/L)	3,76 $\pm$ 0,38	2,77 - 5,09
Creatinin máu (μ mol/L)	100,63 $\pm$ 37,48	58,3 - 275,8
GOT (U/L)	42,36 $\pm$ 51,81	16,10 - 409,90
GPT (U/L)	35,84 $\pm$ 46,75	7,60 - 285,00
FT4 (pmol/L)	12,96 $\pm$ 3,46	7,40 - 23,92
TSH (μ UI/ml)	1,80 $\pm$ 1,07	0,38 - 5,02

Các giá trị trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn của các chỉ số sinh hoá của đối tượng nghiên cứu đều nằm trong giới hạn bình thường nhưng mức dao động khá lớn.

Bảng 4. Đặc điểm các tổn thương trên siêu âm tim (n = 99)

Đặc điểm siêu âm tim	Số	Tỷ lệ
Phân số tổng máu thất	6	6,06
Giãn nhĩ trái, thất trái và	18	18,18
Hở van hai lá	54	54,55
Hở van ba lá	20	20,20
Bệnh cơ tim	2	2,02

Đa số có hở van hai lá (54,55%). Hở van ba lá chiếm 20,20%, giãn nhĩ trái, thất trái và thất phải cũng chiếm 18,18%.

IV. BÀN LUẬN

- Tuổi, giới: Nghiên cứu của chúng tôi cho

thấy nhóm tuổi chủ yếu ≥ 60 (84,84%); Tỷ lệ giữa nam/ nữ là 1/1. Kết quả của chúng tôi cũng

tương đồng với nghiên cứu Lê Văn Dũng và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh nghiên cứu trên 47 bệnh nhân, tuổi trung bình $61,4 \pm 11,9$ trong đó bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 94 tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 45 tuổi [3]; nghiên cứu Bạch Thị Hoa (2021) tại Bệnh viện Tim Hà Nội độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $(65,38 \pm 13,71)$ [4], có thể thấy rằng bệnh rối loạn nhịp chậm có thể gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau, nhưng gặp chủ yếu ở nhóm người bệnh lớn tuổi, đối tượng mắc nhịp tim chậm không chỉ gặp ở bệnh nhân lớn tuổi do thoái hóa hệ thống dẫn truyền mà còn có ở bệnh nhân có xu hướng trẻ hơn, điều này có thể liên quan đến bệnh mạch vành, đặc biệt là sau nhồi máu cơ tim hay nguyên nhân tự miễn, các đột biến gen mà không phát hiện qua khám lâm sàng đơn thuần. Không có sự khác biệt về giới tính giữa nam và nữ ở nhóm nghiên cứu.

- *Bệnh đồng mắc và các yếu tố nguy cơ tim mạch của đối tượng nghiên cứu* (bảng 1): Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh lý đồng mắc thì tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 46,46% tương đồng với nghiên cứu của Erick O.Udo (2012) tăng huyết áp gặp 61,0% [5], nghiên cứu của Bạch Thị Hoa (2021) tại Bệnh viện Tim Hà Nội tỷ lệ người bệnh có tiền sử tăng huyết áp cao nhất 42,86% [4]. Đái tháo đường chiếm 25,25% cũng là một trong những bệnh đồng mắc phổ biến trong nghiên cứu của chúng tôi. Đái tháo đường là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với bệnh tim mạch, bao gồm cả rối loạn nhịp tim. Bệnh lý mạch vành chiếm tỷ lệ 22,22% là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu dẫn đến rối loạn nhịp tim trong nghiên cứu của chúng tôi khác với của Đinh Danh Trình (2021) tại Bệnh viện Bãi Cháy bệnh mạch vành chỉ chiếm 6,45% [6] có thể do đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu. Bệnh thận mạn và rối loạn lipid máu cũng là những yếu tố nguy cơ

đáng lưu ý trong nghiên cứu này, với tỷ lệ lần lượt là 11,11% và 16,16%. Bệnh thận mạn có mối liên quan mật thiết với các bệnh lý tim mạch, đặc biệt là ở bệnh nhân mắc rối loạn nhịp tim. Mặc dù hút thuốc lá và thuốc lá chỉ chiếm tỷ lệ 9,09% trong nghiên cứu này, đây vẫn là một yếu tố nguy cơ cần được theo dõi và phòng ngừa. Hút thuốc làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch thông qua việc làm tổn thương lớp nội mạc của động mạch và tăng sự hình thành các mảng xơ vữa, từ đó dẫn đến rối loạn nhịp tim.

- *Đặc điểm triệu chứng lâm sàng*: bảng 2 cho thấy các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân như sau:

Chóng mặt là triệu chứng phổ biến nhất, xuất hiện ở 58,59% bệnh nhân. Chóng mặt là một triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân mắc rối loạn nhịp tim, đặc biệt trong các trường hợp suy nút xoang và block nhĩ thất, tương đồng với nghiên cứu của Đoàn Chí Thắng (2021) triệu chứng chóng mặt trước đặt máy chiếm tỷ lệ cao nhất 69,7% [7].

Trong nghiên cứu khó thở là triệu chứng phổ biến thứ hai, được ghi nhận ở 50,51% bệnh nhân, nghiên cứu của Wang và cộng sự (2017) cho thấy khó thở cũng là triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân mắc rối loạn nhịp chậm, đặc biệt là ở những bệnh nhân suy tim EF giảm [8].

Triệu chứng suy tim phân độ theo NYHA độ 2 có tỷ lệ lớn nhất 13,13%, độ 3 là 3,03%. Điều này cho thấy đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu chỉ gặp phải khó thở ở mức độ nhẹ, không ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt hàng ngày, tương đồng với nghiên cứu Đinh Danh Trình (2021) tại Bệnh viện Bãi Cháy khó thở chỉ chiếm 16,10% [6], nghiên cứu của Đoàn Chí Thắng (2024) tại Bệnh viện Trung ương Huế bệnh nhân chủ yếu suy tim NYHA I, NYHA II, không có mức độ NYHA IV trong nghiên cứu [7].

Phần lớn bệnh nhân (52,53%) có huyết áp bình thường khi nhập viện, 27,27% bệnh nhân bị tăng huyết áp độ 1, tăng huyết áp độ 2 là 19,19% cho thấy có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân mắc tăng huyết áp. Nghiên cứu của Đinh Danh Trinh (2021) tại Bệnh viện Bãi Cháy cũng ghi nhận kết quả tương tự, khi bệnh nhân mắc rối loạn nhịp tim thường có tỷ lệ tăng huyết áp khá cao, đặc biệt là trong các trường hợp có bệnh lý kèm theo như suy tim hoặc bệnh mạch vành [6]. Tụt huyết áp chỉ xuất hiện ở 1,01% bệnh nhân. Tụt huyết áp trong nhóm bệnh nhân này có thể do tình trạng suy giảm chức năng tim, gây giảm cung cấp máu đến các cơ quan.

- *Đặc điểm cận lâm sàng*: Nghiên cứu cho kết quả (bảng 3) Glucose trung bình là $6,6 \pm 3,49$ mmol/L dao động lớn từ 3,1 mmol/L đến 30,2 mmol/L, khoảng dao động này phản ánh tình trạng một số bệnh nhân có thể đang mắc đái tháo đường hoặc rối loạn dung nạp glucose, một yếu tố nguy cơ lớn cho bệnh tim mạch. Nghiên cứu của Huxley và cộng sự (2014) chỉ ra rằng tăng glucose huyết làm tăng nguy cơ mắc các biến chứng tim mạch, bao gồm rối loạn nhịp tim [9]. Vì vậy, việc quản lý đường huyết sau cấy máy tạo nhịp là rất quan trọng để ngăn ngừa biến chứng sau can thiệp.

Kali trung bình là $3,76 \pm 0,38$ mmol/L trong giới hạn bình thường. Nghiên cứu của Bạch Thị Hoa và cộng sự (2021) chỉ ra rằng nồng độ kali ổn định là một yếu tố quan trọng trong việc duy trì chức năng tim mạch và ngăn ngừa các rối loạn nhịp tim [4]. Kết quả cho thấy sự ổn định về kali trong nhóm bệnh nhân này giúp giảm thiểu nguy cơ gặp phải các biến chứng về nhịp tim trong và sau quá trình cấy máy tạo nhịp. Creatinine trung bình là $100,63 \pm 37,48$ μ mol/L, với mức dao động rộng từ 58,3 đến 275,8 μ mol/L, chỉ ra sự khác biệt về chức năng thận giữa các bệnh nhân. Cũng như nghiên cứu của Trần Song Giang

(2023) cho thấy bệnh nhân có suy giảm chức năng thận thường gặp nhiều biến chứng tim mạch hơn, và có mối liên hệ mật thiết giữa chức năng thận và sự ổn định nhịp tim [10]. Khoảng biến động creatinine rộng trong nghiên cứu này phản ánh tình trạng bệnh thận mạn ở một số bệnh nhân, đòi hỏi sự quản lý chặt chẽ hơn.

- *Đặc điểm các tổn thương trên siêu âm tim*: cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có phân suất tống máu thất trái (LVEF) giảm dưới 50% là 6,06%. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu Trần Song Giang (2023) chỉ có 8,5% người bệnh có phân suất tống máu thất trái (LVEF) dưới 40% [10]. Tỷ lệ giãn nhĩ trái, thất trái và thất phải là 18,18%, trong khi hở van hai lá chiếm 54,55% là tổn thương phổ biến nhất. Các tổn thương van tim này có thể là nguyên nhân hoặc hậu quả của tình trạng rối loạn nhịp tim, và cần được theo dõi sát sao và phản ánh sự phổ biến của bệnh lý van tim ở bệnh nhân rối loạn nhịp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 99 bệnh nhân rối loạn nhịp chậm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2023 - 2024, nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất 84,84%, tỷ lệ nam và nữ là 1/1. Triệu chứng lâm sàng chóng mặt chiếm tỷ lệ cao nhất (58,59%), tiếp theo là khó thở 50,51%, đau ngực 22,22% và thiểu, ngất 19,19%. Nhóm suy tim NYHA độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất (13,13%). Cận lâm sàng bệnh nhân trước cấy máy các chỉ số sinh hoá máu trung bình nằm trong giới hạn bình thường. Siêu âm tim có hình ảnh hở van hai lá (54,55%) là tổn thương thường gặp chủ yếu là hở cơ năng, giãn nhĩ trái, giãn thất trái, giãn thất phải chiếm 18,18%, phân suất tống máu thất trái giảm dưới 50% chiếm 6,06%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Kusumoto F.M., Schoenfeld M.H., Barrett C et al. 2018 ACC/AHA/HRS guideline on the evaluation and management of patients with bradycardia and cardiac conduction delay: a report of the American

- College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol. 2019;74(7), e51-e156.
- [2] **Hội Tim mạch học Việt Nam.** Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị rối loạn nhịp tim. Nhà xuất bản Y học. 2010, Hà Nội.
- [3] **Lê Văn Dũng, Lê Chí Hường, Phạm Hữu Đà** và cộng sự. Bước đầu đánh giá kết quả cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn hai buồng ở bệnh nhân rối loạn nhịp tim chậm tại Bệnh viện đa khoa Hà Tĩnh. Tạp Chí Y học Việt Nam, 2021;506(1).
- [4] **Bạch Thị Hoa, Phạm Minh Tuấn, Lê Quang Huy.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân rối loạn nhịp chậm tại Bệnh viện Tim Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;503(2):120-125.
- [5] **Udo EO, Zuithoff NPA, van Hemel NM, de Cock CC, Hendriks T, Doevendans PA,** et al. Incidence and predictors of short- and long-term complications in pacemaker therapy: The FOLLOWPACE study. Heart Rhythm. 2012;9(5):728-735.
- [6] **Đinh Danh Trình, Nguyễn Văn Long.** Đặc điểm rối loạn nhịp tim chậm ở bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Bãi Cháy. Tạp chí Y dược học Quân sự. 2021;46(4):89-95.
- [7] **Đoàn Chí Thắng, Nguyễn Văn Hùng, Trần Quang Khải.** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bằng máy tạo nhịp tim vĩnh viễn ở bệnh nhân rối loạn nhịp chậm. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2021;95:45-52.
- [8] **Wang Y, Zhu S, Zhang Y,** et al. Clinical characteristics and outcomes of patients with bradyarrhythmia and reduced ejection fraction. Journal of Cardiology. 2017;69(1):1-7.
- [9] **Huxley RR, Peters SA, Mishra GD, Woodward M.** Risk of all-cause mortality and vascular events in women versus men with type 1 and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2015;3(3):198-206.
- [10] **Trần Song Giang, Lê Đức Anh, Nguyễn Quốc Khánh.** Đánh giá chức năng thất trái trên siêu âm tim ở bệnh nhân rối loạn nhịp chậm. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2023; 65(4):67-73

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BRADYRHYTHMIA AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

This study was conducted to describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with bradyarrhythmias treated at Viet Tiep Friendship Hospital between 2023 and 2024. A descriptive longitudinal observational study was conducted on 99 patients with bradyarrhythmias who met the predefined inclusion and exclusion criteria. Information was collected by examination and pre-designed medical records. The results showed that the group ≥ 60 years old accounted for the largest proportion of 84.84%, the male and female ratio was 1/1. Clinical symptoms of dizziness accounted for the highest proportion (58.59%), followed by dyspnea 50.51%, chest pain 22.22% and fainting 19.19%. NYHA class 2 heart failure group accounted for the highest proportion (13.13%). Blood biochemical indices were within normal limits. Echocardiography shows mitral valve regurgitation (54.55%) as the main lesions are functional regurgitation, left atrial dilatation, left ventricular dilatation, right ventricular dilatation accounting for 18.18%, left ventricular ejection fraction reduced below 50% accounting for 6.06%. Thus, bradyarrhythmia is a cardiovascular disease that affects the contraction of the heart, the clinical picture often develops suddenly and can cause death. Early detection of clinical and paraclinical signs helps to predict and have the main treatment method for this disease is internal medicine and permanent pacemaker implantation, which brings more long-term and safer effects, significantly improves symptoms, reduces mortality, and has a low complication rate.

Keywords: Bradyarrhythmia, cardiovascular disease, heart failure, pacemaker.