

Đặc điểm nhịp và rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân hội chứng vành cấp được phẫu thuật cầu nối chủ vành tại Bệnh viện Tim Hà Nội

Ngô Văn Thanh, Nguyễn Sinh Hiền*

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rối loạn nhịp tim thường gặp trong hội chứng mạch vành cấp và sau phẫu thuật bắc cầu mạch vành. Mặc dù hầu hết các rối loạn nhịp tim là thoáng qua và diễn biến lành tính, nhưng các rối loạn nhịp này có thể là nguyên nhân đáng kể gây bệnh tật và tử vong. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm thiết lập mô hình thay đổi theo thời gian về tỉ lệ mắc, đặc điểm của các rối loạn nhịp tim ở đối tượng bệnh nhân bị hội chứng vành cấp được phẫu thuật cầu nối chủ vành.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, 52 bệnh nhân bị hội chứng mạch vành cấp được đánh giá nhịp bằng Holter điện tim 24 giờ tại các thời điểm trước phẫu thuật, 1 tuần, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật từ tháng 6/2016 đến Tháng 8 năm 2018 tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

Kết quả: Sau phẫu thuật rung nhĩ mới xuất hiện tại thời điểm 7 ngày là 17.3%, sau 3 và 6 tháng là 10 – 18.4%. Tỉ lệ ngoại tâm thu thất trước phẫu thuật là 8.67%, giảm sau phẫu thuật 7 ngày, 3 tháng và thấp nhất sau 6 tháng (5.98%; 2.18% và 1%). Tim nhanh thất ngắn sau phẫu thuật 7 ngày cao nhất (11.8%), tiếp đến là giai đoạn trước phẫu thuật (3.8%), giảm sau 3 tháng (2%) và hết sau 6 tháng. Rối loạn nhịp thất phức tạp như đa ổ, nhịp đôi nhịp 3, cơn tim nhanh thất (độ 3 đến độ 4b) trước mổ 44.2%, tăng lên 7 ngày sau mổ 51.9%, giảm sau 3 - 6 tháng (28 - 20%).

Kết luận: Tình trạng thiếu máu cơ tim và phẫu thuật cầu nối chủ vành có ảnh hưởng đến nhịp và rối loạn nhịp tim. Rung nhĩ mới xuất hiện sau phẫu thuật tăng theo thời gian.

Từ khóa: rối loạn nhịp tim, hội chứng vành cấp, phẫu thuật cầu nối chủ vành.

DYSRHYTHMIA IN ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS UNDERGOING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING SURGERY AT HANOI HEART HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: Many studies have demonstrated arrhythmias were common in acute coronary syndrome and coronary artery bypass grafting surgery. Although the most of these arrhythmias were transient and have a benign course, but it may represent a significant source of morbidity and mortality. This study aimed to establish the temporal change pattern of arrhythmias observed to determine the incidence and characteristics of dysrhythmia.

Methods: A prospective method was used to study 52 consecutive patients with acute coronary syndrome who were assessed using 24-hour Holter recordings before CABG and 1 week, 3 months, and 6 months after the surgery from June 2016 to

Bệnh viện Tim Hà Nội

**Tác giả liên hệ: Ngô Văn Thanh.*

Email: ngovanthanh@timhanoi.vn - Tel: 0979863883

Ngày gửi bài: 13/07/2023 Ngày gửi phản biện: 07/08/2023

Ngày chấp nhận đăng: 18/08/2023

August 2018 at Hanoi Heart Hospital.

Results: New appearance of atrial fibrillation after coronary artery bypass grafting surgery increased by time, at 7 days was 17.3%, after 3 and 6 months were 10 - 18.4%. Percentage of ventricular dysrhythmias was highest before surgery 8.67%, decreased after surgery and lowest after 6 months. The rate of short ventricular tachycardia at 7 days after surgery was highest (11.8%), followed by the preoperative period (3.8%), decreased and

disappeared after 6 months. Ventricular arrhythmias with Lown (grade > 3) preoperative was 44.2%, increased at 7 days postop was 51.9% and decreased postop 3 - 6 month (28 - 20%).

Conclusion: New appearances of atrial fibrillation after coronary artery bypass grafting surgery increased by time. Dysrhythmia was acutely affected by myocardial ischemia and coronary artery bypass grafting surgery.

Keywords: Acute coronary syndrome; arrhythmia; coronary artery bypass grafting.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu cục bộ cơ tim, đặc biệt là nhồi máu cơ tim dẫn đến những thay đổi nghiêm trọng về chuyển hóa và điện sinh lý gây ra rối loạn nhịp tim (RLNT) đe dọa tính mạng có triệu chứng hoặc âm thầm. RLNT liên quan đến hội chứng vành cấp (HCVC) và sau phẫu thuật cầu nối chủ vành (CNCV) đã được ghi nhận qua nhiều nghiên cứu. RLNT là một trong những dấu hiệu của rối loạn chức năng tim, yếu tố tiên lượng biến chứng và tử vong. Rối loạn nhịp tăng nhĩ và thất có thể xảy ra trong bối cảnh này, nhịp nhanh thất kéo dài liên quan đến trụ tuần hoàn và cần điều trị ngay lập tức. Rung nhĩ (RN) cũng có thể cần điều trị khẩn cấp khi có liên quan đến tình trạng huyết động xấu đi do đáp ứng nhịp thất nhanh. Đã có nhiều nghiên cứu về RLNT ở đối tượng HCVC được điều trị nội khoa và can thiệp qua da, một số ít nghiên cứu đã đánh giá RLNT trước và sau phẫu thuật CNCV. Tuy nhiên trong các nghiên cứu này, RLNT ở bệnh nhân phẫu thuật CNCV chỉ được theo dõi tại một vài thời điểm. Holter điện tim 24 giờ có thể phát hiện các bất thường điện tim như rối loạn nhịp trên thất, rối loạn nhịp thất, biến thiên nhịp tim, biến đổi khoảng QT, điện thế chậm v.v. Việc phát hiện các

RLNT, đặc biệt là RN mới khởi phát giai đoạn cấp và giai đoạn ổn định sau phẫu thuật CNCV có giá trị tiên lượng và phòng ngừa các biến cố tim mạch. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm thiết lập mô hình thay đổi theo thời gian về đặc điểm các RLNT ở đối tượng bệnh nhân bị HCVC được tái tưới máu bằng phẫu thuật CNCV.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc. Bệnh nhân được thông báo về cách thức nghiên cứu và có sự đồng ý bằng văn bản.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân chẩn đoán HCVC, có nhịp xoang, có chỉ định phẫu thuật CNCV đơn thuần tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 6/2016 đến tháng 8/2018.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị bệnh mạch vành ổn định; suy tim cấp hoặc các bệnh cấp tính khác; bệnh lý không thể ghi Holter điện tim; Holter điện tim có rung nhĩ, rối loạn chức năng nút xoang, block nhĩ thất độ hai và độ ba, có máy tạo nhịp tim trước phẫu thuật; bệnh nhân mắc bệnh tim bẩm sinh hoặc phẫu thuật tim kết hợp; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Công cụ nghiên cứu: Holter điện tim 24 giờ, hệ thống 3 – kênh SEER LIGHTS Digital Holter; Máy chủ MSC 8800 Holter với phần mềm Medical System International phiên bản 5.02.

2.2. Các bước nghiên cứu

Ghi Holter ECG và phân tích kết quả: Lần ghi đầu tiên 2 ngày trước phẫu thuật, lần thứ hai sau phẫu thuật 7 ngày, lần thứ ba sau phẫu thuật 3 tháng và lần thứ 4 sau phẫu thuật 6 tháng. Nhịp và RLNT được phân tích bằng hệ thống đánh giá tự động Holter, sau đó được đọc lại thủ công. Không có bệnh nhân nào dùng amiodarone trước phẫu thuật. Nếu có thuốc ảnh hưởng đến nhịp tim chúng tôi đã khắc phục bằng cách tiếp tục sử dụng sau phẫu thuật.

Tiêu chí đánh giá: RN được xác định khi xuất hiện ít nhất 6 phút trên kết quả Holter. Ngoại tâm thu (NTT) thất bao gồm: đơn dạng, chùm đôi, chùm ba, nhịp đôi, nhịp ba và hiện tượng R/T. Nhịp nhanh thất khi có > 3 NTT thất liên

tiếp với tần số > 100 nhịp/phút. Đánh giá rối loạn nhịp thất dựa vào tiêu chuẩn phân loại và mức độ theo Lown.

+ Độ 0 : Không có NTT thất;

+ Độ I : NTT thất đơn dạng, <30 NTT thất/giờ;

+ Độ II: NTT thất đơn dạng, ≥ 30 NTT thất/giờ;

+ Độ III: NTT thất đa dạng;

+ Độ IVa: NTT thất chùm đôi;

+ Độ IVb : NTT thất chùm ba;

+ Độ V: NTT thất đến sớm (R/T).

- Phân loại mức độ NTT thất theo Lown:

+ Độ 0: không có NTT thất.

+ Độ 1 –2: rối loạn nhịp thất mức độ nhẹ.

+ Độ 3 – 5: rối loạn nhịp thất mức độ nặng.

Phân tích thống kê: Tất cả các phân tích được thực hiện qua phần mềm SPSS, phiên bản 11.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung, yếu tố nguy cơ và bệnh đi kèm

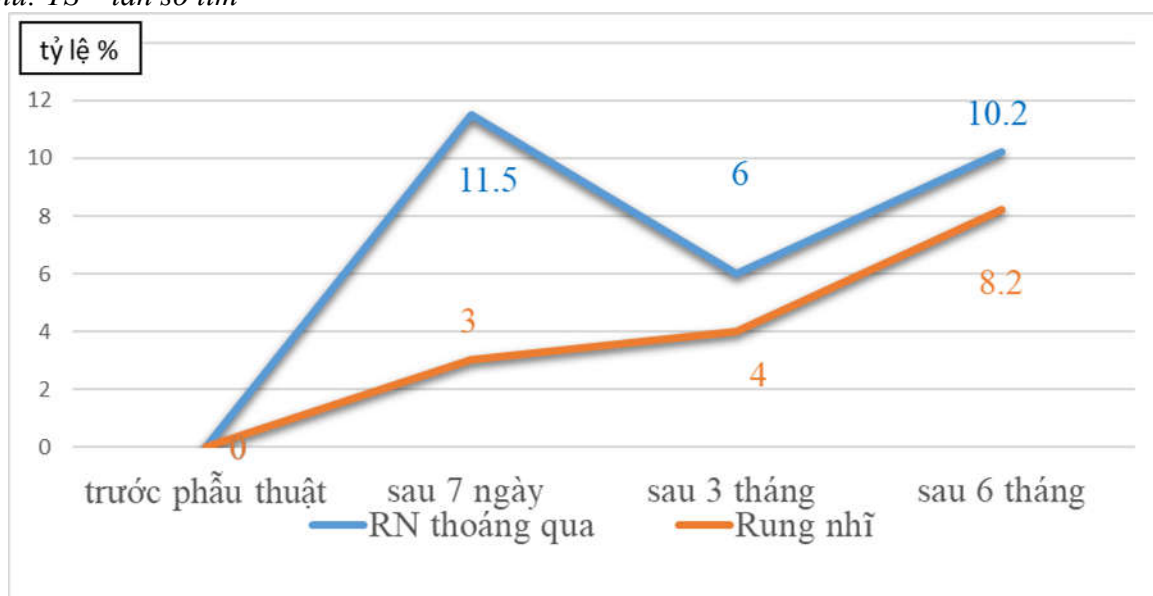
Đặc điểm	Đối tượng (n=52)	
	Giá trị (n)	Tỉ lệ (%)
Nam giới	35	67.3
Hút thuốc	25	48.1
Chỉ số khối cơ thể (BMI) ≥ 23 kg/m ²	20	38.5
Tiền sử nhồi máu cơ tim	2	5.8
Tăng huyết áp	44	84.6
Rối loạn mỡ máu	32	61.5
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)	3	5.8
Đái tháo đường type 2	14	26.9
Bệnh động mạch ngoại biên	5	9.6
Độ suy thận ≥ IIIa	23	44.2
Tuổi (năm)	65.35 ± 7.64	
Chỉ số khối cơ thể trung bình (BMI: kg/m ²)	21.99 ± 3.14	
Euro SCORE II (%)	1.78 ± 1.21	

3.2. Đặc điểm nhịp và rối loạn nhịp

Bảng 2: Đặc điểm tần số tim trên Holter điện tim tại các thời điểm nghiên cứu

Tần số tim (ck/phút)		Thời điểm ghi Holter			
		Trước phẫu thuật ⁽¹⁾ (n=52)	sau 7 ngày ⁽²⁾ (n=52)	sau 3 tháng ⁽³⁾ (n=50)	sau 6 tháng ⁽⁴⁾ (n=49)
Trung bình	(X±SD)	75.42 ± 9.54	82.67 ± 12.50	76.76 ± 12.79	72.33 ± 11.01
	p		p ₁₋₂ <0.05	p ₁₋₃ >0.05	p ₁₋₄ >0.05
Tối thiểu	(X±SD)	52.83 ± 6.92	59.33 ± 9.13	51.84 ± 8.05	50.00 ± 6.62
	p		p ₁₋₂ <0.05	p ₁₋₃ >0.055	p ₁₋₄ >0.05
Tối đa	(X±SD)	121.83 ± 21.96	133.50 ± 31.70	127.78 ± 21.51	127.02 ± 19.84
	p		p ₁₋₂ <0.05	p ₁₋₃ >0.05	p ₁₋₄ >0.05
% TS > 100	(X±SD)	5.25 ± 9.59	11.27 ± 16.86	11.66 ± 21.56	7.23 ± 12.52
	p		p ₁₋₂ <0.05	p ₁₋₃ >0.05	p ₁₋₄ >0.05
% TS < 60	(X±SD)	8.23 ± 16.55	3.71 ± 9.38	13.21 ± 15.24	20.70 ± 20.2
	p		p ₁₋₂ <0.05	p ₁₋₃ >0.055	p ₁₋₄ >0.05
Nhịp cơ bản (n;%)	xoang	52 (100)	49 (94)	48 (96)	45 (91.8)
	RN	0 (0)	3 (6)	2 (4)	4 (8.2)
RN thoáng qua (n;%)		0 (0)	6 (11.5)	3 (6)	5 (10.2)
RN (n;%)		0 (0)	9 (17.3)	5 (10.0)	9 (18.4)

Ghi chú: TS – tần số tim

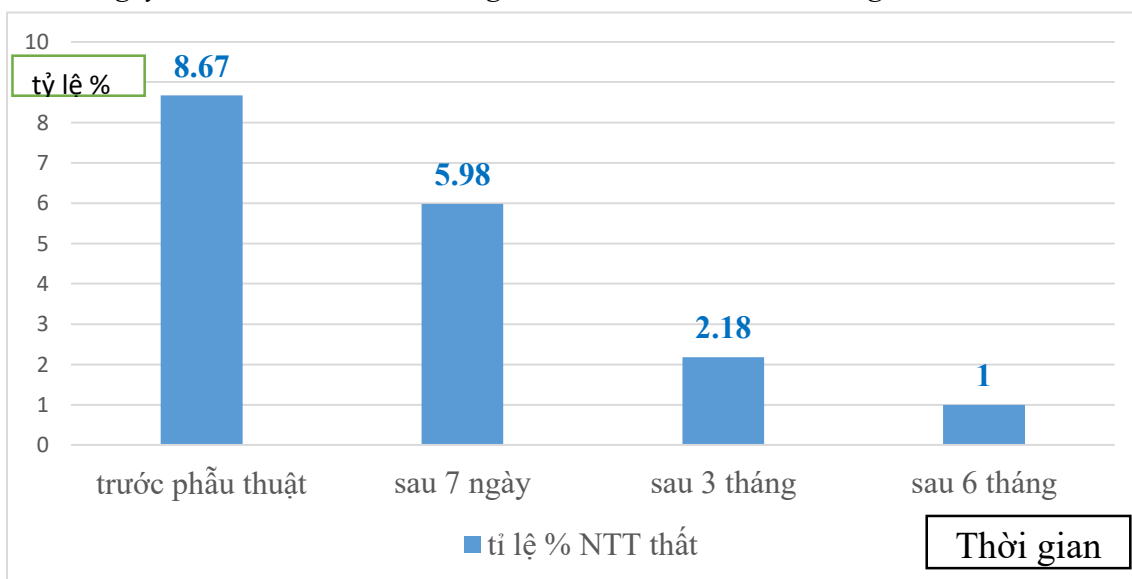


Biểu đồ 1. Tỷ lệ nhịp cơ bản: rung nhĩ và rung nhĩ thoáng qua

Bảng 3: Đặc điểm ngoại tâm thu thất tại các thời điểm nghiên cứu

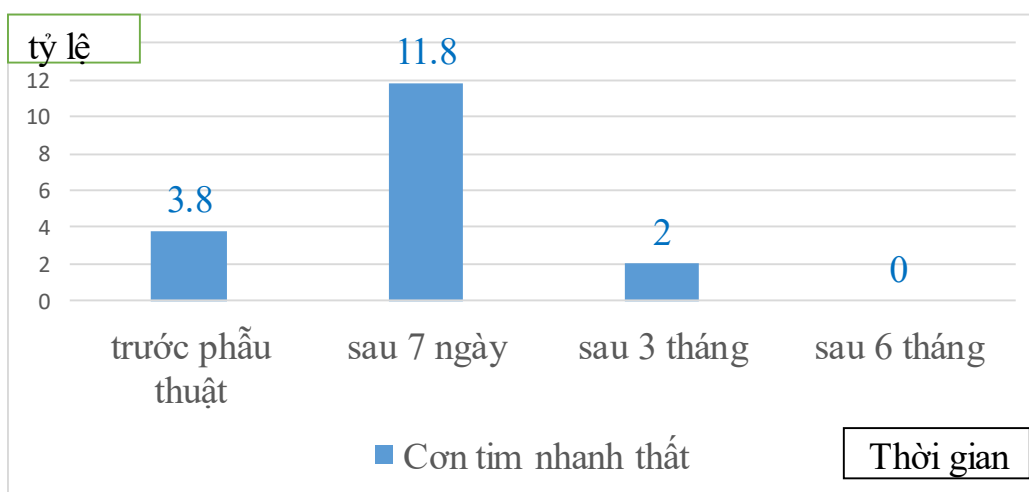
Phân độ Lown	Thời điểm ghi Holter			
	Trước phẫu thuật ⁽¹⁾ (n=52)	sau 7 ngày ⁽²⁾ (n=52)	sau 3 tháng ⁽³⁾ (n=50)	sau 6 tháng ⁽⁴⁾ (n=49)
Lown 0 (n;%)	13 (25,0)	11 (21,2)	14 (28,0)	24 (49,0)
Lown 1-2 (n;%)	16 (30,8)	14 (26,9)	22 (44,0)	15 (30,6)
Lown > 3 (n;%)	23 (44,2)	27 (51,9)	14 (28,0)	10 (20,4)

Rối loạn nhịp thất phức tạp như đa ổ, nhịp đôi nhịp 3, cơn tim nhanh thất (độ 3 đến độ 4b) tăng sau mổ giai đoạn sớm (7 ngày), giảm sau 3-6 tháng. Không rối loạn nhịp thất (Lown 0) trước mổ chiếm 25%, sau 7 ngày chiếm 21,2%, sau 3 tháng 28% và cao nhất sau 6 tháng 49%



Biểu đồ 2. Đặc điểm tỉ lệ % NTT thất tại các thời điểm nghiên cứu

NTT thất có tỉ lệ cao nhất trước phẫu thuật, giảm dần sau phẫu thuật và thấp nhất sau 6 tháng.



Biểu đồ 3. Đặc điểm tỉ lệ bệnh nhân có cơn nhanh thất ngắn trên Holter điện tim

Tỉ lệ tim nhanh thất ngắn sau phẫu thuật 7 ngày cao nhất, tiếp đến là giai đoạn trước phẫu thuật, giảm và hết sau 6 tháng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này của chúng tôi (bảng 1) nam giới chiếm 67,3% số bệnh nhân (35 bệnh nhân) và nữ chiếm 32,7% (17 bệnh nhân), tỉ lệ nam nhiều hơn nữ gấp 2 lần. Kết quả này tương tự Moazzami (2017) [1], qua nghiên cứu 1,910,236 đối tượng phẫu thuật CNCV tại Mỹ, nữ giới chỉ chiếm 27,5%; Elisabeth (2017) [2], nữ giới chỉ chiếm 21%. Vũ Trí Thành (2014) [3] cũng cho thấy nam giới chiếm tỉ lệ khá cao 74,83%. Như vậy, nam giới có nguy cơ mắc BMV cao hơn so với nữ giới. Điều này được lý giải do nam giới có nhiều YTNC gây BMV hơn nữ như THA, hút thuốc, v.v. Tuy nhiên, nữ giới lại có tỉ lệ rủi ro cao hơn nam giới sau phẫu thuật CNCV.

Theo bảng 1 chỉ số khối cơ thể (BMI trung bình) của bệnh nhân là $21,99 \pm 3,14 \text{ kg/m}^2$. Thiếu/thừa cân hoặc béo phì làm tăng tần suất viêm phổi và có thể khó cai cho những bệnh nhân này ngừng thở máy trong giai đoạn đầu của phẫu thuật. Các bệnh liên quan đến tăng huyết áp là phổ biến chiếm 84.6% (44/52 bệnh nhân). Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng này là 65.35 ± 7.64 tuổi. Theo Vũ Trí Thành (2014) [3] tuổi trung bình $63 \pm 10,02$ năm; Elisabeth (2017) [2], 65 ± 9 năm; Moazzami (2017) [1], tuổi trung bình 66 tuổi phân bố chủ yếu 58 – 74 năm. Các yếu tố nguy cơ độc lập gây RLNT gồm tuổi cao, nữ giới, phẫu thuật cấp cứu, EF máu thấp, chỉ số khối cơ thể cao ($\text{BMI} > 25 \text{ kg/m}^2$), chậm dẫn truyền trong thất, giảm biến thiên nhịp tim, thuốc tăng co bóp cơ tim hoặc có hỗ trợ bóng động mạch chủ. Rối loạn điện giải, hạ kali máu làm thay đổi tính chất điện sinh lí của tế bào cơ tim gia tăng thời gian khử cực và giảm tốc độ dẫn truyền, những thay đổi này có thể gây ra RLNT sau phẫu thuật. Kết quả này phản ánh đặc điểm chung của bệnh mạch vành là nhiều yếu tố rủi ro kết hợp.

4.2. Đặc điểm nhịp và rối loạn nhịp tim

Kết quả bảng 2 cho thấy sau phẫu thuật 7 ngày tần số tim trung bình, tối thiểu và tối đa tăng so với trước phẫu thuật ($p < 0,05$). Sau 3 tháng và sau 6 tháng tần số tim thay đổi không có ý nghĩa thống kê. Phần trăm nhịp nhanh ($> 100 \text{ck/phút}$), nhịp chậm ($< 60 \text{ck/phút}$) sau phẫu thuật 7 ngày có khoảng dao động lớn so với trước mổ ($p < 0,05$), sau 3 tháng và 6 tháng không có sự khác biệt. Bệnh nhân bị HCVC có sự biến đổi làm mất tính đồng nhất, làm phân tán thời gian tái cực, thời gian trở giữa vùng cơ tim thiếu máu và vùng cơ tim lành. Quá trình phẫu thuật CNCV gây tổn thương cơ tim do cắt đốt, kỹ thuật liệt tim, thiếu máu cục bộ cơ nhĩ, cơ thất, thay đổi huyết động ảnh hưởng áp suất, thể tích. Điều này lý giải sự thay đổi tần số tim có xu hướng tăng lên trước các ảnh hưởng cấp tính này.

Trong nghiên cứu này (bảng 2, biểu đồ 1), chúng tôi dõi bằng Holter điện tim thấy rằng tỉ lệ RN tăng theo thời gian: RN xuất hiện mới sau phẫu thuật 7 ngày là 17.3%, sau 3 và 6 tháng là 10 – 18.4%. Sau 7 ngày nhịp cơ bản là RN chiếm 6%, nhịp xoang có RN cơn ngắn thoáng qua là 11.5%. Sau 6 tháng nhịp cơ bản là xoang có RN cơn thoáng qua là 10,2%, nhịp cơ bản là RN chiếm 8,2%. Điều này tương đồng với các nghiên cứu như Abdel – Salam (2017) [4] nghiên cứu 740 đối tượng phẫu thuật CNCV nhận thấy RN sớm (30 ngày sau phẫu thuật) chiếm 10,4%. Schulman (2015) [5] là 17,8%; Nguyễn Anh Dũng (2015) [6] là 16,5%. Một số nghiên cứu khác cho tỉ lệ khá cao, theo Memetoglu (2015) [7] là 20%, Tatsuishi (2015) [8] là 47,7%. Như vậy, tình trạng RN mới xuất hiện sau phẫu thuật CNCV từ 5 – 40% tùy nghiên cứu. Ngay sau khởi phát RN, cơ nhĩ trái bị đờ (stunning) làm mất chức năng đàn hồi cấp, làm giảm 5 - 15% cung lượng tim. Điều này rõ hơn ở bệnh nhân có

suy tim tâm trương, độ thư giãn thất trái giảm. Ở bệnh nhân bị RN dai dẳng, thể tích nhĩ trái trung bình tăng theo thời gian từ 45cm³ đến 64cm³ trong khi thể tích nhĩ phải tăng từ 49 đến 66cm³.

RN ở đối tượng bệnh ĐMV liên quan đến tăng nguy cơ huyết khối tắc mạch và đột quy não. Đột quy do RN có thể dự phòng được, điều này rất quan trọng thể hiện vai trò tích cực của các thuốc chống đông điều trị dự phòng. Ngoài các ảnh hưởng trên chức năng nhĩ, tần số thất tăng kéo dài ≥ 130 lần/phút có thể gây nên bệnh cơ tim thể giãn. Ngoài ra, RN có thể dẫn đến các biến chứng liên quan đến các can thiệp điều trị.

Ở bệnh nhân phẫu thuật CNCV, rối loạn nhịp thất chủ yếu là NTT thất, nhịp nhanh thất và rung thất. Việc theo dõi nhịp và rối loạn nhịp ở bệnh nhân HCVC được phẫu thuật CNCV là cần thiết vì sự xuất hiện của RLNT có tỉ lệ mắc bệnh và tử vong cao. Theo kết quả (bảng 3 và biểu đồ 2) cho thấy trên bản ghi Holter không có rối loạn nhịp thất (Lown 0) trước mổ chiếm 25%, sau 7 ngày chiếm 21,2%, sau 3 tháng 28% và cao nhất sau 6 tháng 49%. Tỉ lệ % NTT thất cao nhất trước phẫu thuật 8.67%, giảm dần sau phẫu thuật và thấp nhất sau 6 tháng. Điều này lý giải việc giải quyết được nguyên nhân gây thiếu máu cơ tim và hết tình trạng viêm cấp. Bệnh nhân bị HCVC và sau phẫu thuật CNCV có sự biến đổi làm mất tính đồng nhất, làm phân tán thời gian tái cực, thời gian trở giữa vùng cơ tim thiếu máu và vùng cơ tim lành. Cơ chế điện học RLN tim gồm cơ chất, khởi kích điện học và các yếu tố điều hòa sinh lý, bệnh lý. Các yếu tố này bị ảnh hưởng bởi quá trình phẫu thuật. Cơ tim bị tổn thương gây phân tán điện học do sự toan hoá trong và ngoài tế bào. Hoạt động bơm natri-kali giảm và bị ức chế không hoàn toàn ở vùng cơ tim thiếu máu cấp tính dẫn đến suy giảm khả năng duy trì sự chênh lệch nồng độ kali. Thời gian điện thế hoạt động

ngắn lại, trở sau tái phân cực, giảm tốc độ dẫn truyền gây RLNT. Ngoài ra trạng thái cường giao cảm, tình trạng suy tim, rối loạn chuyển hoá ion Ca⁺⁺, thay đổi hoạt động điện học của cơ tim cũng như hệ thống dẫn truyền, giảm ngưỡng kích thích, rối loạn điện giải v.v. là những tác nhân chính gây RLNT.

Bệnh mạch vành dẫn đến các thay đổi có thể kích hoạt cơ chế RLNT thông qua tính tự động, hoạt động khởi kích và vòng vào lại (VVL). Tim nhanh thất không liên tục, không bền bỉ ngay cả khi ổn định về huyết động cũng có thể dẫn đến suy giảm huyết động và suy tim. Cơ tim bị tổn thương do thiếu oxy không hồi phục, chức năng tim bị suy giảm, làm tăng khả năng bị RLNT. Cơ chế gây ra nhịp nhanh thất liên quan đến hiện tượng tái tưới máu tạo VVL ở 95% các trường hợp. Sẹo cơ tim tạo thành cấu trúc của VVL lại, là cơ chế chính liên quan đến nhịp nhanh thất. Theo kết quả bảng 3 và biểu đồ 3, các rối loạn nhịp thất phức tạp như: NTT thất đa ổ, nhịp đôi, nhịp 3, cơn tim nhanh thất tăng sau mổ giai đoạn sớm (7 ngày), giảm sau 3-6 tháng. Trước và ngay sau phẫu thuật tỉ lệ tim nhanh thất ngắn cao hơn thời điểm 3 tháng và 6 tháng. Như vậy, thiếu máu cơ tim và quá trình phẫu thuật làm tăng NTT thất, các RLNT này sẽ ổn định sau khi giải quyết được tình trạng thiếu máu, viêm cấp.

NTT thất đơn độc ở bệnh nhân phẫu thuật CNCV ít khi ảnh hưởng huyết động, ít có nguy cơ RLNT ác tính, không có giá trị tiên lượng tử vong. Tuy nhiên, với NTT thất dày (> 30 NTT/mỗi giờ) có ảnh hưởng làm giảm chức năng tim và do đó có tác động xấu đến kết quả ngắn hạn. Tim nhanh thất ngắn thường là chỉ dấu báo hiệu các rối loạn về điện giải, toan kiềm và suy tim hoặc tồn dư tổn thương giải phẫu sau phẫu thuật. Các nghiên cứu cũng thấy rằng giai đoạn sớm sau phẫu thuật CNCV tăng tỉ lệ các RLNT.

Tim nhanh thất bền bỉ và rung thất hiểm khi xảy ra sau phẫu thuật tim (0,4% - 3,1%), đe dọa tính mạng và ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật tim. Tỷ lệ nhanh thất và rung thất thay đổi từ 0,95% đến 5% tùy thuộc vào nghiên cứu, đặc biệt ở bệnh nhân giảm chức năng thất trái. Theo Sadr-Ameli [9] sau phẫu thuật CNCV nhịp nhanh thất chiếm 26,6%, rung thất 2,7%. Dự đoán tỉ lệ tử vong tại bệnh viện cao hơn (21,7% - 31,5%) so với (1,4% - 2,9%) khi xuất hiện tim nhanh thất, rung thất sau phẫu thuật. Thái độ xử trí RLNT mất ổn định huyết động là cần can thiệp khẩn cấp để khôi phục huyết động ổn định trở lại.

5. KẾT LUẬN

Tình trạng thiếu máu cơ tim và phẫu thuật cầu nối chủ vành có ảnh hưởng đến nhịp và rối loạn nhịp tim. Rung nhĩ mới xuất hiện sau phẫu thuật tăng theo thời gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moazzami Kasra, Dolmatova Elena, Maher James et al (2017). "In-Hospital Outcomes and Complications of Coronary Artery Bypass Grafting in the United States Between 2008 and 2012", J Cardiothorac Vasc Anesth, 31(1): pp. 19-25.
2. Elisabeth M.J.P, Ameeta Y.P.K, Charles K.E.B. et al (2017). "Early ventricular tachyarrhythmias after coronary artery bypass grafting surgery: Is it a real burden?", Journal of Cardiology, 70: pp. 263-70.
3. Vũ Trí Thành (2014). "Đánh giá hiệu quả mảnh ghép động mạch quay trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành", Luận án tiến sỹ Y học - Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
4. Abdel-Salam Z and Nammass W (2017). *Incidence and predictors of atrial fibrillation after coronary artery bypass surgery: detection by event loop recorder monitoring from a contemporary multicentre cohort*. Acta Cardiol. 72(3): p. 311-317.
5. Schulman S., Cybulsky I., and Delaney J. (2015). *Anticoagulation for stroke prevention in new atrial fibrillation after coronary artery bypass graft surgery*. Thromb Res. 135(5): p. 841-5
6. Nguyễn Anh Dũng (2015). *Nghiên cứu kết quả phẫu thuật cầu nối động mạch vành không tuần hoàn ngoài cơ thể*. Luận án tiến sỹ Y học - Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. Memetoglu M. E., Kehlibar T., Yilmaz M. et al (2015). *Serum uric acid level predicts new-onset atrial fibrillation after coronary artery bypass graft operation*. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 19(5): p. 784-9.
8. Tatsuishi W., Adachi H., Murata M. et al (2015). *Postoperative hyperglycemia and atrial fibrillation after coronary artery bypass graft surgery*. Circ J. 79(1): p. 112-8.
9. Sadr-Ameli M. A., Alizadeh A., Ghasemi V. et al (2013). *Ventricular tachyarrhythmia after coronary bypass surgery: incidence and outcome*. Asian Cardiovasc Thorac Ann. 21(5): p. 551-7