

- al. One-year follow-up of chest CT findings in patients after SARS-CoV-2 infection. BMC Med. 2021; 19(1):191.
7. **Wei J, Yang H, Lei P, Fan B, Qiu Y, Zeng B et al.** Analysis of thin-section CT in patients with coronavirus disease (COVID-19) after hospital discharge. J Xray Sci Technol. 2020; 28(3):383-389.
8. **Guler SA, Ebner L, Aubry-Beigelman C, Bridevaux PO, Brutsche M, Clarenbach C et al.** Pulmonary function and radiological features 4 months after COVID-19: first results from the national prospective observational Swiss COVID-19 lung study. Eur Respir J. 2021; 57(4):2003690.
9. **Han X, Fan Y, Alwalid O, Li N, Jia X, Yuan M et al.** Six-month Follow-up Chest CT Findings after Severe COVID-19 Pneumonia. Radiology. 2021; 299(1):E177-E186.

## RỐI LOẠN NHỊP TIM TRÊN HOLTER ĐIỆN TÂM ĐỒ 24 GIỜ Ở NGƯỜI BỆNH BASEDOW

Um Rong<sup>1</sup>, Trần Song Giang<sup>2</sup>,  
Nguyễn Quang Bảy<sup>1,2</sup>, Lê Hữu Thành<sup>3</sup>

### WITH BASEDOW

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Basedow có liên quan đến nhiều rối loạn nhịp. Một số rối loạn này như rung nhĩ (RN) có thể là nguyên nhân của huyết khối, tắc mạch, tử vong trên bệnh nhân Basedow. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm rối loạn nhịp tim và một số yếu tố liên quan trên Holter điện tâm đồ 24 giờ ở người bệnh Basedow tại bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi thực hiện một nghiên cứu mô tả trên 62 bệnh nhân bị Basedow có tình trạng cường giáp. Đặc điểm lâm sàng, hóa sinh và điều trị đã được thu thập qua bệnh án. Theo dõi Holter điện tim 24h được thực hiện cho tất cả bệnh nhân. **Kết quả:** Tuổi trung bình 41.3±17.1 tuổi; tỉ lệ nam 40,3%, phần lớn là những trường hợp basedow mới phát hiện (58,1%). Tất cả bệnh nhân đều có tình trạng cường giáp trên xét nghiệm (FT4 trung bình: 67,1±64,5pmol/l; TSH trung bình 0,009±0,005µU/ml). Trên Holter điện tim 24h: nhịp tim trung bình là 90,1 ± 16,2 nhịp/phút; NTT nhĩ 82,3%, nhanh xoang 83,9%, rung nhĩ 16,1%, cường nhĩ 1,6%, nhịp nhanh kịch phát trên thất 3,2%; NTT thất 11,3%; cơn nhanh thất không bền bỉ 6,5%. Tỉ lệ rung nhĩ cao hơn cso ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân ≥ 60 tuổi, độ FT4 ≥ 100pmol/l; TSH < 0,005 µU/ml, TRAb > 20IU/L. **Kết luận:** Cường giáp làm tăng nhịp tim và có thể gây rối loạn nhịp tim, chủ yếu là rung nhĩ. Biến chứng này thường xảy ra hơn ở những bệnh nhân lớn tuổi, có nồng độ FT4 và TRAb cao, TSH thấp.

**Từ khóa:** Basedow, cường giáp, rối loạn nhịp, Holter điện tim 24 giờ

**Background:** Basedow is associated with many arrhythmias. Some of these disorders, such as atrial fibrillation (AF) can be the cause of thrombosis, embolism, and death in Graves' patients. **Objectives:** Describe the characteristics of arrhythmia and some related factors on 24-hour Holter monitoring in Graves' patients at Bach Mai hospital. **Methods:** We performed a descriptive study on 62 patients with Graves. Clinical, biochemical and therapeutic characteristics were collected from the medical records. 24h Holter monitoring was performed for all patients. **Results:** Mean age was 41.3±17.1 years old; male rate 40.3%, mostly new cases Basedow (58.1%). All patients had laboratory hyperthyroidism (mean FT4: 67.1±64.5pmol/l; mean TSH 0.009±0.005µU/ml). On 24h Holter 24h monitoring: average heart rate was 90.1 ± 16.2 beats/min; Atrial fibrillation 82.3%, sinus tachycardia 83.9%, atrial fibrillation 16.1%, atrial flutter 1.6%, paroxysmal supraventricular tachycardia 3.2%; ventricular ventricular failure 11.3%; Unsustainable ventricular tachycardia 6.5%. The rate of atrial fibrillation was statistically significantly higher in patients ≥ 60 years old, FT4 grade ≥ 100pmol/l; TSH < 0.005 µU/ml, TRAb > 20IU/L. **Conclusion:** Hyperthyroidism increases heart rate and can cause arrhythmia, mainly atrial fibrillation. This complication is more common in elderly patients, with high FT4 and TRAb levels, and low TSH.

**Keywords:** Basedow, hyperthyroidism, arrhythmia, 24 Holter 24-hour monitoring.

### SUMMARY

#### ARRHYTHMIA DETECTION BY 24-HOUR HOLTER MONITORING OF PATIENTS

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Um Rong

Email: umrongyds2013@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2022

Ngày duyệt bài: 19.12.2022

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Basedow là bệnh lý nội tiết phổ biến chỉ sau đái tháo đường, chiếm khoảng 2.6% các bệnh nội khoa điều trị tại bệnh viện Bạch Mai. Bệnh có đặc trưng cường chức năng tuyến giáp kết hợp với phì đại bướu giáp lan tỏa.<sup>1</sup> Bệnh gây ảnh hưởng đến nhiều cơ quan, trong đó hệ thống cơ quan tim mạch là cơ quan chịu nhiều ảnh hưởng nhất; đặc biệt rối loạn nhịp là một đặc điểm quan trọng có thể dẫn đến biến chứng nặng thậm chí tử vong ở những bệnh nhân này.

Nghiên cứu của tác giả Iwasaki T và cộng sự<sup>2</sup> trên 92 bệnh nhân Basedow cho thấy tỉ lệ rối loạn nhịp là 21%. Nhiều báo cáo về những trường hợp đột tử trên bệnh nhân Basedow có thể liên quan đến các rối loạn nhịp.<sup>3,4</sup>

Trong thời gian gần đây bệnh nhân thường đến viện sớm hơn nên những biến chứng nặng như suy tim thường hiếm gặp trên bệnh nhân Basedow, tuy nhiên rối loạn nhịp thường đa dạng, cần được chẩn đoán và điều trị kịp thời tránh biến chứng. Điện tâm đồ 12 chuyển đạo trong chẩn đoán các rối loạn nhịp trên bệnh nhân Basedow gặp nhiều hạn chế; đặc biệt trên các rối loạn nhịp có tính chất cơn thì điện tâm đồ khó có thể chẩn đoán các rối loạn nhịp này. Với sự phát triển y học holter điện tim 24 giờ là công cụ mới, giúp tìm hiểu và đánh giá các rối loạn nhịp chính xác hơn.

**Mục tiêu nghiên cứu:** *Mô tả đặc điểm rối loạn nhịp tim và một số yếu tố liên quan trên Holter điện tâm đồ 24 giờ ở người bệnh Basedow tại bệnh viện Bạch Mai.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh trên 62 bệnh nhân Basedow tại khoa Nội tiết – Đái tháo đường và Viện Tim Mạch bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 8/2021 đến 7/2022. Bệnh nhân đang có tình trạng nhiễm độc giáp (TSH giảm < 0,10 mU/ml và FT4 tăng > 22,0 pmol/l hoặc FT3 tăng > 6,5 pmol/l) bao gồm những bệnh nhân mới phát hiện, tái phát, không tuân thủ điều trị và không đáp ứng với điều trị. Bệnh nhân được điều trị nội khoa bằng thuốc kháng giáp trạng tổng hợp. Chúng tôi loại trừ khỏi nghiên cứu những bệnh nhân cường giáp do nguyên nhân khác như viêm tuyến giáp, nhân độc tuyến giáp; bệnh nhân có bệnh tim mạch thực tổn được chẩn đoán trước hoặc bệnh tim mạch thực tổn không liên quan đến Basedow (hẹp van 2 lá do thấp, van tim nhân tạo, có sửa van tim, bệnh tim bẩm sinh, hoặc đang có tràn dịch màng tim). BN có kèm theo bệnh ung thư, các bệnh nội khoa mạn tính nặng như bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, suy gan, suy thận từ trước. BN đang có rối loạn điện giải đồ Natri và Kali được đánh giá Holter điện tâm đồ sau khi không còn tình trạng rối loạn điện giải.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được khám lâm sàng nhằm đánh giá các triệu chứng nhiễm độc giáp và bệnh lý mắc kèm. Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cận lâm sàng: hóa sinh và huyết học, được thực hiện tại bệnh viện Bạch Mai. Tất cả bệnh nhân đều được ghi Holter điện tim 24h

tại viện Tim mạch bệnh viện Bạch Mai. Holter điện tim được các bác sĩ tim mạch đánh giá và đọc kết quả theo tiêu chuẩn đánh giá trên Holter điện tim 24 giờ theo Remipillier

Số liệu được làm sạch và nhập với Epidata 3.1 và phân tích với SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 62 bệnh nhân có tuổi trung bình 41,3±17.1 tuổi; tỉ lệ nam 40,3%, phần lớn là những trường hợp basedow mới phát hiện 58,1%, tái phát (4,8%), không đáp ứng với điều trị (16,1%) và không tuân thủ điều trị (21,0%).

Tất cả bệnh nhân vào viện đều có tình trạng cường giáp trên cận lâm sàng. Nồng độ FT4 trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu 67,1±64,5; có 32,3% số bệnh nhân có nồng độ FT4 ≥ 100 và nồng độ TSH trung bình là 0,009±0,005; có 22,6% số bệnh nhân có TSH < 0,005. Trên Holter điện tim 24h, tần số tim trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 90,1 ± 16,2 nhịp/phút.

**Bảng 1. Rối loạn nhịp tim trên thất (n=62)**

Rối loạn nhịp tim	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
<b>NTT nhĩ</b>	51	82,3
NTT nhĩ đơn lẻ	51	82,3
NTT nhĩ dày	2	3,2
NTT nhĩ chùm đôi	2	3,2
NTT nhĩ nhịp đôi	1	1,6
NTT nhĩ nhịp ba	2	3,2
<b>Nhịp nhanh nhĩ</b>	6	9,7
<b>Nhịp nhanh xoang</b>		
< 50%	08	13,9
≥ 50%	52	83,9
<b>Rung nhĩ</b>	10	16,1
<b>Cưỡng nhĩ</b>	1	1,6
<b>Nhịp nhanh kịch phát trên thất</b>	2	3,2

Ngoại tâm thu nhĩ và nhịp nhanh xoang hay gặp nhất ở bệnh nhân trong nghiên cứu; tuy nhiên ngoại tâm thu nhĩ thường là những ngoại tâm thu nhĩ đơn lẻ, ít có ý nghĩa; nhịp nhanh xoang là đặc trưng của Basedow, có tới 83,9% số bệnh nhân có thời gian xuất hiện nhanh xoang ≥ 50%. Rung nhĩ cũng là rối loạn nhịp hay gặp 16,1%. Đặc biệt, trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân xuất hiện nhịp nhanh kịch phát trên thất, 1 bệnh nhân có cả rung nhĩ và cưỡng nhĩ, 6 bệnh nhân có những khoảng nhịp nhanh nhĩ.

**Bảng 2. Các rối loạn nhịp thất**

Rối loạn nhịp tim	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
<b>Số lượng NTT thất (nhát/24 giờ)</b>	1448,2 ± 2136,1	
<b>NTT thất</b>	7	11,3
Độ I	3	4,8
Độ II	2	3,2
Độ III	1	1,6
Độ IV	1	1,6

Độ V	0	0
<b>Cơ nhịp nhanh thất không bền bỉ</b>	4	6,5

Rối loạn nhịp thất hiếm gặp hơn so với những rối loạn nhịp trên thất. Trong đó, có 7 bệnh nhân có ngoại tâm thu thất (11,3%) (chủ yếu là độ I và độ II); 4 bệnh nhân có cơ nhịp nhanh thất không bền bỉ.

**Bảng 3. Một số yếu tố liên quan (n=62)**

Đặc điểm		Rung nhĩ (n=10)	Không rung nhĩ (n=52)	p
<b>Tuổi</b>	< 60 tuổi	7 (14,0%)	43 (86,0%)	<b>&lt; 0,05</b>
	≥ 60 tuổi	3 (25,0%)	9 (75,0%)	
<b>Giới</b>	Nam	4 (16,0%)	21 (84,0%)	<b>&gt; 0,05</b>
	Nữ	6 (16,2%)	31 (83,8%)	
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	< 18,5	8 (16,7%)	40 (83,3%)	<b>&gt; 0,05</b>
	18,5-22,9	2 (14,3%)	12 (85,7%)	
	≥ 23	10 (16,1%)	52 (83,9%)	
<b>Đặc điểm mắc bệnh</b>	Mới phát hiện	5 (13,9%)	31 (86,1%)	<b>&gt; 0,05</b>
	Tái phát	0	3 (100%)	
	Không tuân thủ	2 (20%)	8 (80%)	
	Không đáp ứng	3 (23,1%)	10 (76,9%)	
<b>Bướu giáp</b>	0, I	6 (15,8%)	32 (84,2%)	<b>&gt; 0,05</b>
	II, III	4 (16,7%)	20 (83,3%)	
<b>Nồng độ FT4</b>	< 100	5 (11,9%)	37 (88,1%)	<b>&lt; 0,05</b>
	≥ 100	5 (25,0%)	15 (75,0%)	
<b>Nồng độ TSH</b>	< 0,005	3 (21,4%)	11 (78,6%)	<b>&lt; 0,05</b>
	≥ 0,005	7 (14,6%)	41 (85,4%)	
<b>Nồng độ TRAb</b>	≤ 20	5 (12,2%)	36 (87,8%)	<b>&lt; 0,05</b>
	> 20	5 (23,8%)	16 (76,2%)	

Tỉ lệ rung nhĩ cao hơn đáng kể ở những bệnh nhân ≥ 60 tuổi so với < 60 tuổi (25,0% so với 14,0%), nồng độ FT4 ≥ 100 so với < 100 (25,0% so với 11,9%); TSH < 0,005 so với ≥ 0,005 (21,4% so với 14,6%), TRAb > 20 so với ≤ 20 (23,8% so với 12,2%); khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Không có liên quan giữa giới, chỉ số BMI, đặc điểm mắc bệnh, kích thước tuyến giáp với rung nhĩ ở bệnh nhân nghiên cứu.

**IV. BÀN LUẬN**

Cường giáp gây ra các triệu chứng tương tự như dư thừa catecholamine. Các nghiên cứu gần đây đã xác nhận các triệu chứng này không phải do tăng catecholamine vì nồng độ các chất này bình thường ở bệnh nhân cường giáp. Tuy nhiên, có hiện tượng tăng hoạt tính của catecholamine và sản phẩm chuyển hóa trong nước tiểu. Cơ chế tác động của rối loạn nhịp trên bệnh nhân Basedow khá phức tạp, chủ yếu liên quan đến tác động của hormon tuyến giáp lên nút xoang và hoạt động của cơ tim. Do đó, các rối loạn

nhịp trên thất thường gặp hơn; tuy nhiên phần lớn các rối loạn nhịp trên thất thường không nguy hiểm như ngoại tâm thu nhĩ. Nhịp tim nhanh do tác động trực tiếp của hormon tuyến giáp lên tim bằng cách tăng hoạt động của nút xoang phổi hợp giảm chức năng điều hòa phế vị. Nhịp tim nhanh gây ra những triệu chứng hồi hộp trống ngực thường gặp trên bệnh nhân Basedow.

Rung nhĩ là rối loạn nhịp trên thất đáng chú ý nhất ở bệnh nhân Basedow. Cơ chế rung nhĩ xảy ra khi cơ chế nhịp xoang bị triệt tiêu hoặc thay thế bằng một điểm phát nhịp lan tỏa và hỗn loạn trong tâm nhĩ. Tái cấu trúc điện thay đổi chức năng và biểu hiện kênh ion, thúc đẩy rung nhĩ. Hơn nữa, các tế bào cơ tim ở bệnh nhân cường giáp có tốc độ đập nhanh hơn (1,82 ± 0,13 Hz so với 1,03±0,15Hz, p <0,005). Ngoài ra, việc rút ngắn thời gian trơ của tâm nhĩ là một cơ chế chính khác làm tăng nguy cơ rung nhĩ trong bệnh cường giáp. Wustmann và cộng sự đã tiến hành một thử nghiệm tiền cứu trên 28 bệnh nhân được chẩn đoán cường giáp chưa

được điều trị cho thấy tỷ lệ khử cực sớm trên thất và số lần nhịp tim nhanh trên thất giảm đáng kể sau khi nồng độ TSH huyết thanh được bình thường hóa. Tỷ lệ rung nhĩ trên bệnh nhân cường giáp từ 10-15% trong các nghiên cứu. Tuy nhiên, tỷ lệ này có thể cao hơn ở bệnh nhân nhân độc tuyến giáp so với bệnh nhân Basedow do tuổi của bệnh nhân nhân độc tuyến giáp thường cao hơn so với Basedow. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 bệnh nhân có rung nhĩ cơn (16,1%), trong đó có 1 bệnh nhân xuất hiện cả rung nhĩ và cuồng nhĩ. Như vậy tỷ lệ rung nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu trước đây. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng Holter điện tim trong quá trình chẩn đoán, có khả năng chẩn đoán được những cơn rung nhĩ mà có thể bị bỏ sót trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo. Chúng tôi nhận thấy điện tâm đồ 12 chuyển đạo dễ dàng chẩn đoán những cơn rung nhĩ ngay từ khi vào viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều bệnh nhân có bệnh lý phổi hợp khi vào viện gây ảnh hưởng đến rối loạn nhịp tim như hạ kali máu, chúng tôi phải chờ tình trạng bệnh nhân ổn định mới tiến hành đeo Holter điện tim. Đây có thể là nguyên nhân làm nhiều trường hợp đã được điều trị để chuyển về nhịp xoang. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Bảy cho thấy thời gian chuyển nhịp xoang khá ngắn 63,4% chuyển về nhịp xoang trong 4 tuần. Như vậy, theo chúng tôi Holter điện tim 24h có giá trị cao hơn trong chẩn đoán rối loạn nhịp ở những bệnh nhân có nguy cơ cao (lớn tuổi, có bệnh lý tim mạch phổi hợp hoặc có mức độ cường giáp cao).

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ rung nhĩ cao hơn cso ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi, độ FT4  $\geq 100$ ; TSH  $< 0,005$ , TRAb  $> 20$ . Trong nghiên cứu này tỷ lệ rung nhĩ ở bệnh nhân không tuân thủ và không đáp ứng với điều trị cao hơn so với nhóm bệnh nhân mới phát hiện; tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của tác giả Iwasaki T và cộng sự<sup>2</sup> trên 92 bệnh nhân (23 nam và 69 nữ, 7-71 tuổi) được chẩn đoán Basedow, thấy siêu âm tim cho thấy tình trạng nhĩ trái giãn rộng (hơn 40 mm) ở 7% bệnh nhân dưới 40 tuổi và 2% những người trên 40 tuổi không có rối loạn nhịp và 94% những người trên 40 tuổi có rối loạn nhịp. Nồng độ T<sub>3</sub> và T<sub>4</sub> trong huyết thanh cao hơn ở những bệnh nhân có rối loạn nhịp so với những người không rối loạn nhịp. Nghiên cứu của tác giả E.Turan và cộng sự<sup>6</sup> nhằm so sánh rối loạn nhịp giữa bệnh nhân cường giáp do Basedow và nhân độc tuyến giáp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ FT3 cao hơn đáng kể ( $7,87 \pm 3,90$  so với  $5,21 \pm 1,53$  pg/mL,  $p = 0,033$ ) ở nhóm Basedow, trong khi mức FT4 và TSH tương tự nhau giữa hai nhóm. Kết quả Holter điện tim 24 giờ, tỷ lệ nhịp nhanh thất ở nhóm Basedow cao hơn đáng kể so với nhóm nhân độc tuyến giáp [18,75% ( $n = 3/16$ ) so với 0% ( $n = 0/20$ ), ( $p = 0,043$ )]. Tỷ lệ rung nhĩ ở nhóm nhân độc tuyến giáp cao hơn đáng kể so với nhóm Basedow [(30% ( $n = 6/20$ ) so với 0% ( $n = 0/16$ ), ( $p = 0,016$ )]. Frost và cộng sự thực nghiên cứu tại Đan Mạch đánh giá nguy cơ rung nhĩ ở những bệnh nhân bị cường giáp từ 20 đến 89 tuổi trong 20 năm. Trong số những bệnh nhân này, 8,3% được chẩn đoán là có rung nhĩ trong vòng 30 ngày kể từ ngày được chẩn đoán cường giáp. Hơn nữa, các yếu tố nguy cơ khác của rung nhĩ đã được xác định, bao gồm giới tính nam, tuổi cao, bệnh tim thiếu máu cục bộ, suy tim và các bệnh van tim. Sawin và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu thuần tập trên nam giới và phụ nữ từ 60 tuổi trở lên cho thấy nguy cơ rối loạn nhịp tim tăng gấp ba lần ở những người có mức TSH thấp. Trong một nghiên cứu của Rotterdam, nguy cơ rung nhĩ có liên quan đến mức TSH; những người có chức năng bình thường cao của hormone tuyến giáp có nguy cơ phát triển rung cao hơn. Iwasaki và cộng sự báo cáo những người bị rung nhĩ có cường giáp nặng hơn về mặt sinh hóa (mức FT3 và FT4 cao hơn).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn nhịp thất hiếm gặp hơn so với những rối loạn nhịp trên thất. Trong đó, có 7 bệnh nhân có ngoại tâm thu thất (11,3%) (chủ yếu là độ I và độ II); 4 bệnh nhân có cơn nhịp nhanh thất không bền bỉ. Ảnh hưởng của cường giáp đến các rối loạn nhịp thất thường ít gặp hơn. Tuy nhiên, có thể gây nguy hiểm. Đặc biệt trên điện tâm đồ chúng tôi không quan sát thấy. Ngoài những thay đổi này, các tác động tim mạch khác bao gồm giảm sức đề kháng hệ thống mạch máu, tăng trong huyết áp tâm thu và thể tích máu, và nâng cao co bóp thất trái và phân suất tiêu thụ oxy của cơ tim, khối lượng công việc của tim và phì đại, cuối cùng dẫn đến mất bù tim. Rối loạn nhịp tim liên quan đến trạng thái nhiễm độc giáp gây rối loạn nhịp trên thất đặc trưng với nhịp tim nhanh xoang, ngoại tâm thu nhĩ và rung nhĩ. Rối loạn nhịp thất trong nhiễm độc giáp rất hiếm và khi chúng xảy ra, thường được coi là thứ phát của bệnh tim thực thể tiềm ẩn. Các điều kiện đã biết dẫn đến rối loạn nhịp thất bao

gồm thiếu máu cơ tim, bệnh cơ tim phì đại, bất thường cấu trúc tim bẩm sinh, hội chứng QT kéo dài, nhịp tim nhanh thất vô căn. Các trường hợp ngoại tâm thu thất hoặc rung thất được báo cáo do hạ kali máu. Hormone tuyến giáp có tác dụng lên tim mạch hệ thống thông qua cả các hiệu ứng trực tiếp ở cấp độ tế bào cũng như bằng cách tương tác gián tiếp với hệ thần kinh giao cảm.

## V. KẾT LUẬN

Cường giáp làm tăng nhịp tim và có thể gây rối loạn nhịp tim, chủ yếu là rung nhĩ. Biến chứng này thường xảy ra hơn ở những bệnh nhân lớn tuổi, có nồng độ FT4 và TRAb cao, TSH

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shimoyama T, Kimura K, Uemura J, Saji N, Shibazaki K. Elevated glucose level adversely affects infarct volume growth and neurological deterioration in non-diabetic stroke patients, but not diabetic stroke patients. *European journal of neurology*. 2014;21(3):402-410.
2. Iwasaki T, Naka M, Hiramatsu K, et al. Echocardiographic Studies on the Relationship between Atrial Fibrillation and Atrial Enlargement in Patients with Hyperthyroidism of Graves' Disease. *Cardiology*. 1989;76(1):10-17.
3. Wei D, Yuan X, Yang T, et al. Sudden unexpected death due to Graves' disease during physical altercation. *Journal of forensic sciences*. Sep 2013;58(5):1374-1377.
4. Stawiariski K, Clarke J-RD, Pollack A, Winslow R, Majumdar S. Ventricular fibrillation in Graves disease reveals a rare SCN5A mutation with W1191X variant associated with Brugada syndrome. *HeartRhythm Case Rep*. 2020;7(2):95-99.
5. Bày NQ. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến rung nhĩ ở bệnh nhân cường giáp và đánh giá kết quả điều trị. Luận văn Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. 2017.
6. Turan E, Can I, Turan Y, Uyar M, Cakir M. Comparison Of Cardiac Arrhythmia Types Between Hyperthyroid Patients With Graves' Disease And Toxic Nodular Goiter. *Acta Endocrinol (Buchar)*. Jul-Sep 2018;14(3):324-329.

## TỶ LỆ DỊ ỨNG VỚI MỘT SỐ DỊ NGUYÊN HÔ HẤP Ở TRẺ HEN PHẾ QUẢN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Hà Trang<sup>1</sup>, Lê Quỳnh Chi<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ dị ứng với một số dị nguyên hô hấp thường gặp ở trẻ hen phế quản từ 2 đến 16 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung Ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 100 trẻ hen từ 2-16 tuổi đến khám và theo dõi điều trị nội, ngoại trú tại khoa Miễn dịch – dị ứng – khớp bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 07/2021- tháng 07/2022. Test lấy da được thực hiện với 7 loại dị nguyên hô hấp như: Dermatophagoides Pteronyssinus (Dp), Dermatophagoides Farine (Df), Blomiatropicalis (Bt), lông chó, lông mèo, gián và nấm Aspergillus mix. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ hen dị ứng với dị nguyên hô hấp là 87,0%, phần lớn trẻ hen dị ứng với đa dị nguyên và dị ứng với 4 loại dị nguyên chiếm tỷ lệ cao nhất 31,0%. Trong đó mạt nhà chiếm tỷ lệ cao nhất Dp 83,0%, Df 83,0%, Bt 44,0%, gián 33,0%, lông mèo 22,0%, lông chó 13,0% và nấm Aspergillus mix 15,0%. Trẻ bị hen ở nhóm 5- ≤ 16 tuổi có tỷ lệ dị ứng với dị nguyên hô hấp 85,06% cao hơn nhóm trẻ hen 2 - ≤ 5 tuổi 14,94% (p = 0,016). Tỷ lệ dị ứng với dị nguyên hô hấp ở nhóm trẻ hen có viêm mũi dị ứng cao hơn nhóm không có viêm mũi dị ứng (p= 0,032).

<sup>1</sup>Trường Đại học Y dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hà Trang

Email: hatrangk46i@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 7.12.2022

Ngày duyệt bài: 21.12.2022

### SUMMARY

#### THE RATE OF ALLERGY TO SOME RESPIRATORY ALLERGENS IN ASTHMA CHILDREN AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

**Objective:** Determining the incidence of allergy to certain common respiratory allergens in children with bronchial asthma aged 2 to 16 years at the Vietnam National Children's Hospital. **Method:** Cross-sectional descriptive study in 100 asthmatic children aged 2-16 years who visited and monitored for inpatient and outpatient treatment at the Department of Immunology – Allergy – Joints of the Vietnam National Children's Hospital from July 2021 to July 2022. Prick test is performed with 7 types of respiratory allergens such as: Dermatophagoides Pteronyssinus (Dp), Dermatophagoides Farine (Df), Blomiatropicalis (Bt), dog hair, cat hair, cockroaches and Aspergillus mix fungus. **Results:** The proportion of children's asthmatics allergic to respiratory allergens was 87.0%, the majority of children who are allergic asthma to multiple allergens and allergies to 4 types of allergens accounted for the highest rate of 31.0%. Besides, house mites accounted for the highest proportion Dp 83.0%, Df 83.0%, Bt 44.0%, cockroaches 33.0%, cat hair 22.0%, dog hair 13.0% and Aspergillus fungus mix 15.0%. Asthmatic children in the group of 5- ≤ 16 years old had a rate of allergy to respiratory allergens at 85.06% which was higher than that of asthmatic children aged 2 - ≤ 5 years old