

**PHÁT HIỆN, DỰ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ  
MỘT SỐ RỐI LOẠN NHỊP TIM  
THƯỜNG GẶP**

TS. LÊ CÔNG TẤN

BM NỘI – ĐHYK PHẠM NGỌC THẠCH

THÁNG 6 - 2018

# HỆ THỐNG ĐIỆN HỌC CỦA TIM

Bình thường xung động được phát ra từ nút xoang.

→ khử cực nhĩ

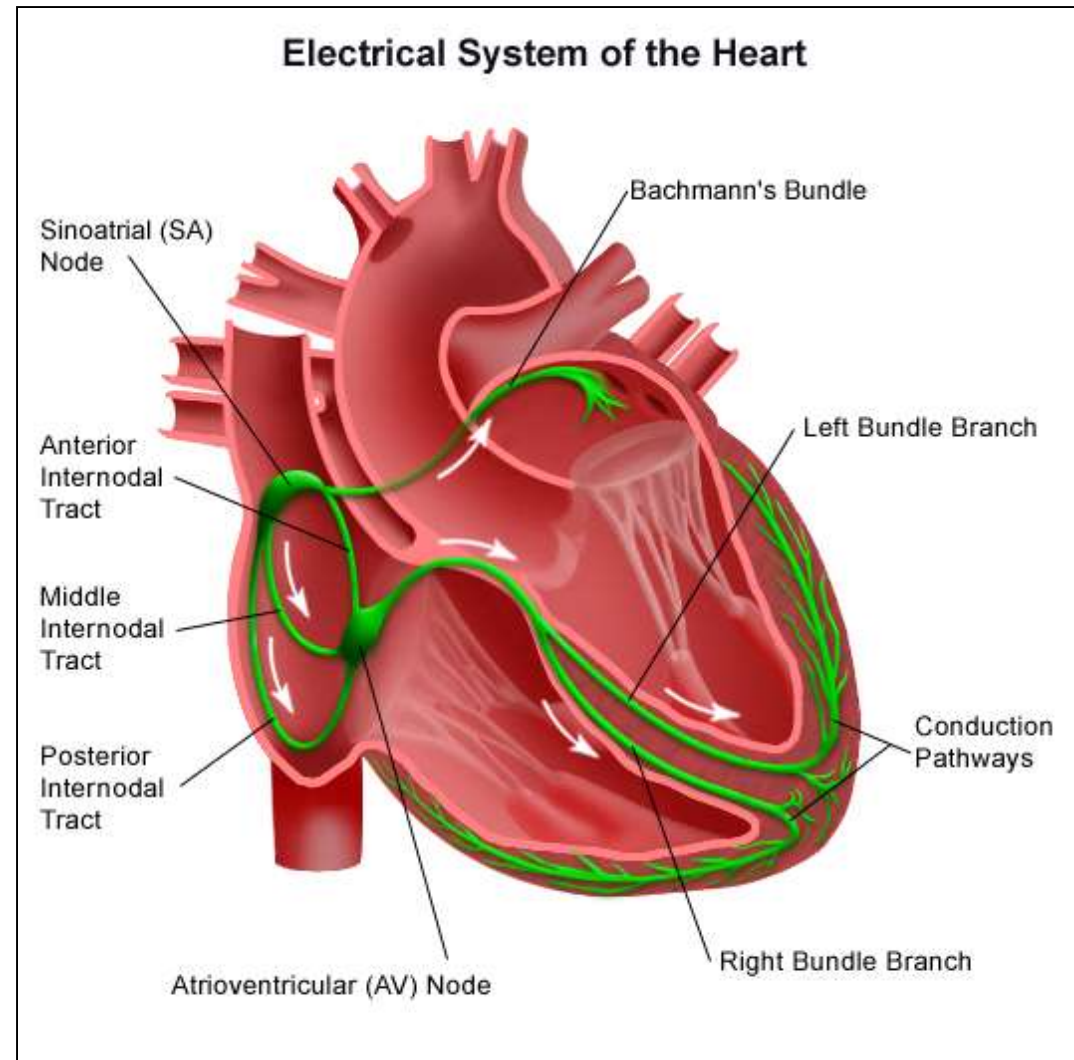
→ khử cực nút nhĩ thất

→ bó His

→ nhánh (P) và nhánh (T)

→ mạng lưới Purkinje

→ khử cực thất.



# 1. Cơ chế rối loạn nhịp tim

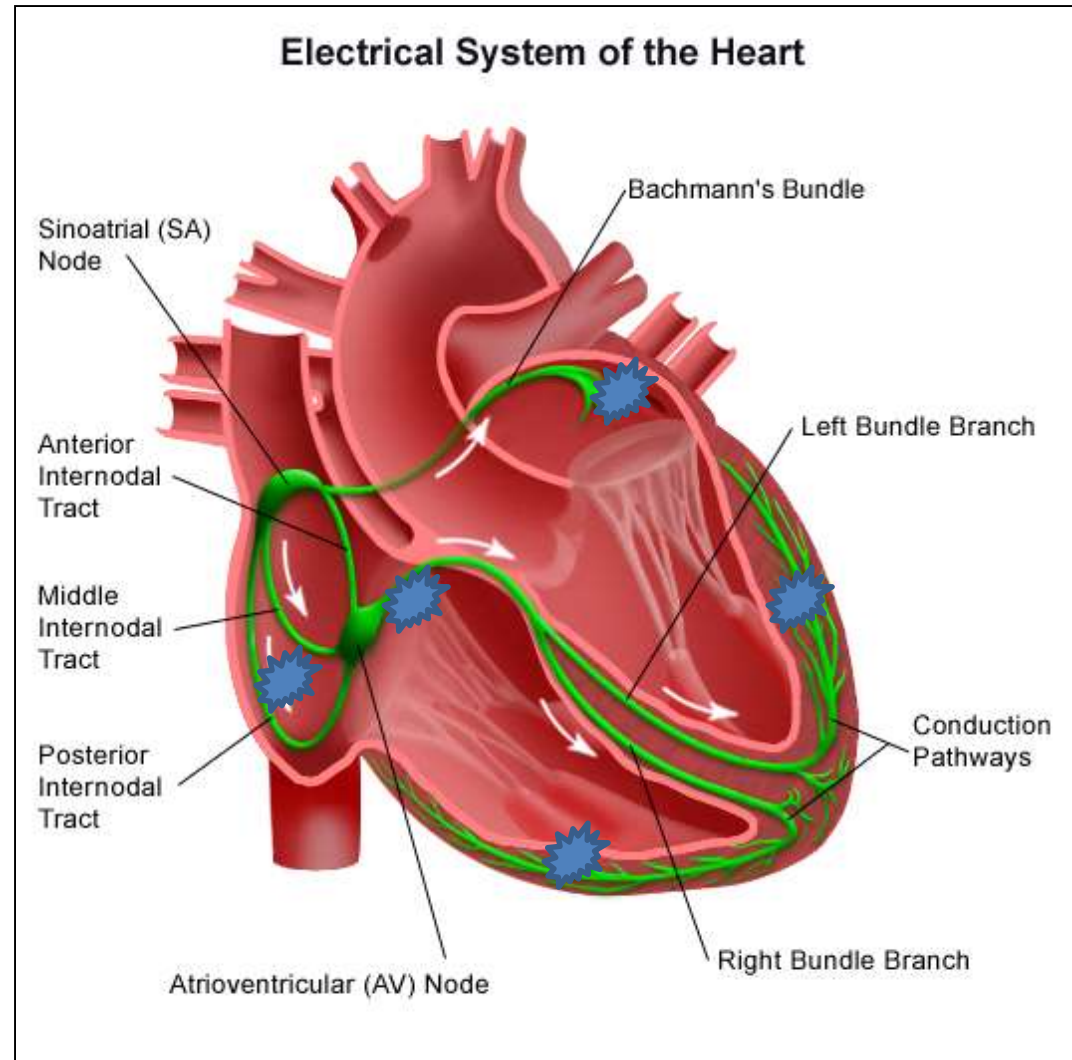
Cơ chế gây rối loạn nhịp tim được chia làm 3 loại:

- + Rối loạn hình thành xung động.
- + Rối loạn dẫn truyền xung động.
- + Loại kết hợp cả rối loạn hình thành xung động và rối loạn dẫn truyền xung động.

## 1.1. Rối loạn nhịp do rối loạn hình thành xung động

- Là rối loạn phát nhịp của trung tâm chủ nhịp của tim (nút xoang)

- Hoặc do nhịp được phát từ những ổ ngoại vị. Những vị trí của ổ ngoại vị thường được gọi là chủ nhịp phụ (subsidiary), có thể xuất phát từ một số vùng của nhĩ, xoang vành, van nhĩ thất, bộ nối nhĩ thất, và hệ thống His-Purkinje.



## 1.2. Rối loạn nhịp do rối loạn dẫn truyền xung động

Bình thường xung động được phát ra từ nút xoang.

→ khử cực nhĩ

→ khử cực nút nhĩ thất

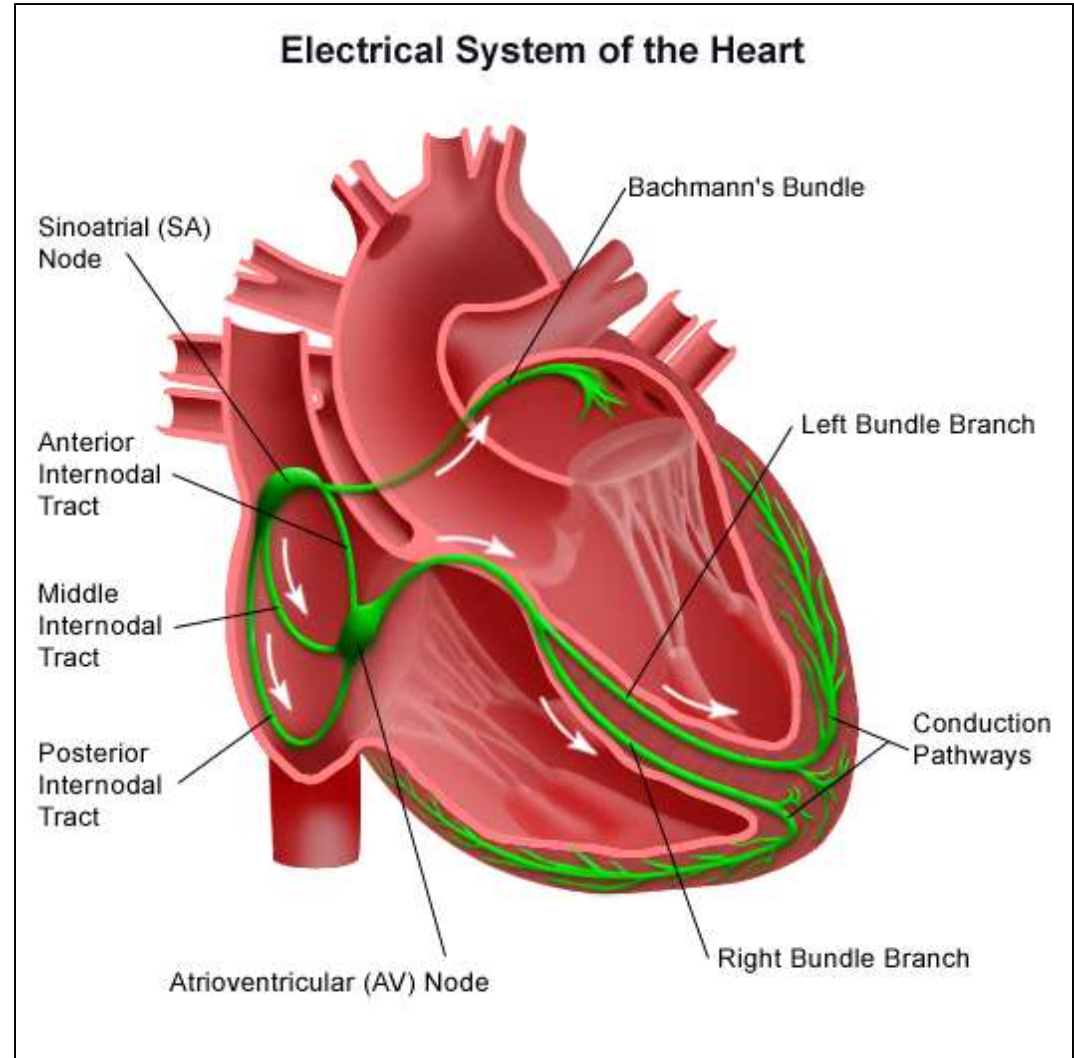
→ bó His

→ nhánh (P) và nhánh (T)

→ mạng lưới Purkinje

→ khử cực thất.

Bất kỳ một cản trở nào làm chậm hay gây tắc nghẽn quá trình dẫn truyền trên đều được gọi là Block dẫn truyền.



## 2. RỐI LOẠN NHỊP XOANG

- + Nhịp nhanh xoang.
- + Nhịp nhanh xoang không thích hợp.
- + Nhịp chậm xoang.
- + Nghỉ xoang hay ngưng xoang.

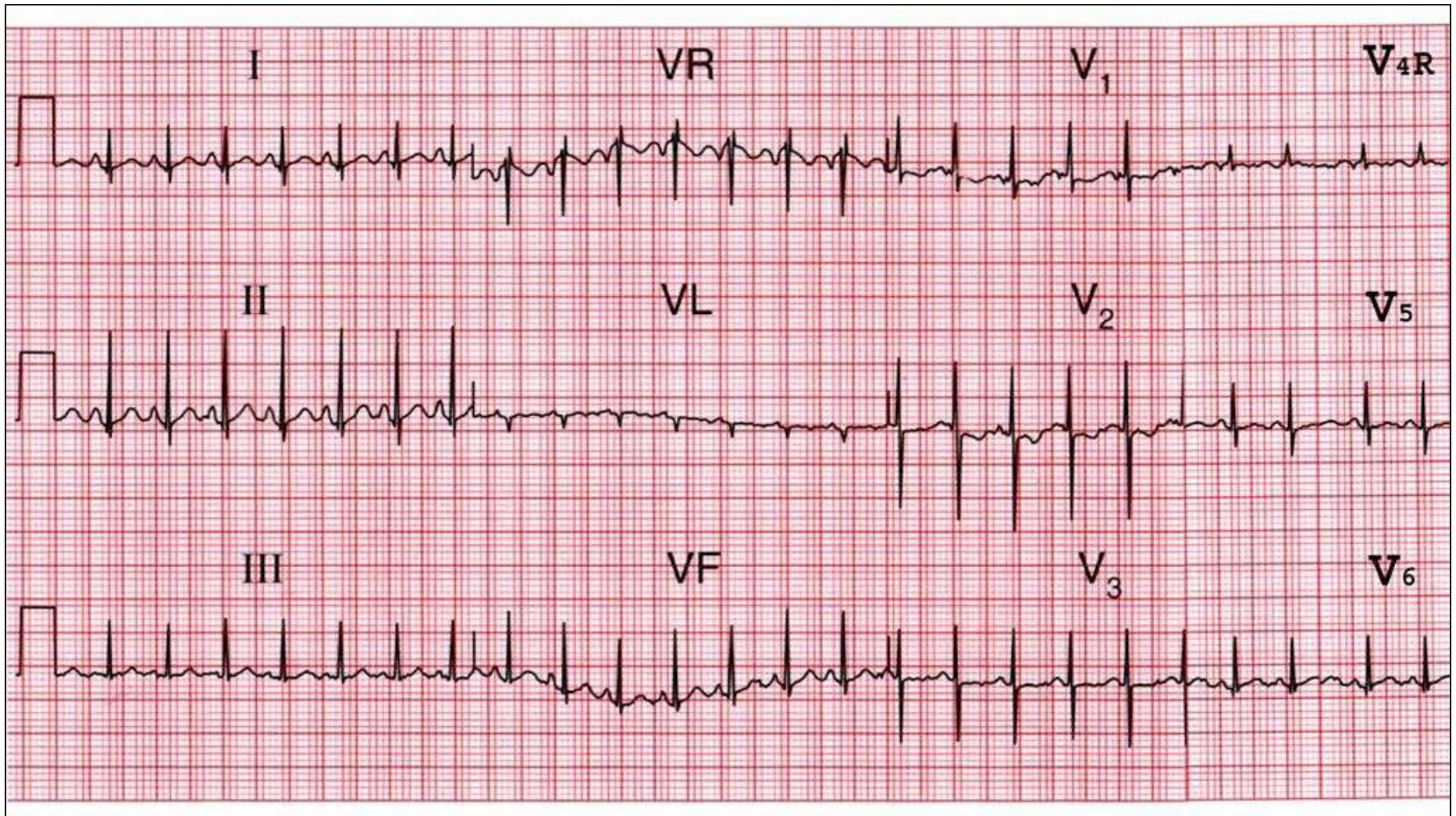
## 2.1. NHỊP NHANH XOANG (Sinus tachycardia)

### A. ĐIỆN TÂM ĐỒ

Ở người lớn, chẩn đoán nhịp nhanh xoang khi TS tim  $\geq 100$  ck/ph, có những trường hợp nhịp nhanh xoang lên đến 180 ck/ph. Nút xoang hiếm khi phát quá 200 ck/ph.

- ***Phức bộ P QRS T hoàn toàn bình thường.***
- ***Sóng P đi trước QRS, dẫn truyền 1:1***
- ***Nhịp nhĩ và thất đều.***

## 2.1. NHỊP NHANH XOANG (Sinus tachycardia)





## 2.1. NHỊP NHANH XOANG (Sinus tachycardia)

### B. NGUYÊN NHÂN

- Lo lắng, sợ hãi, tức giận, gắng sức, có thai.
- Rượu, caffein, nicotine; thuốc Theophyllin, Salbutamol...
- Đau, sốt
- Cường giáp

### ***Cần chú ý một số nguyên nhân cấp tính:***

- Giảm thể tích tuần hoàn, tụt HA
- Thiếu máu, giảm oxy khí thở vào.
- Suy tim, thuyên tắc phổi, sốc ...

## 2.1. NHỊP NHANH XOANG (Sinus tachycardia)

### C. ĐIỀU TRỊ

- + Hạn chế các yếu tố ảnh hưởng gây nhịp nhanh:
  - Lo lắng, sợ hãi, tức giận.
  - Rượu, caffein, nicotine; thuốc Theophyllin, Salbutamol
- + Điều trị các nguyên nhân gây nhịp nhanh:
  - Giảm đau, hạ sốt
  - Điều trị cường giáp
  - Bù dịch, máu.
  - Tăng oxy khí thở vào.
  - Điều trị suy tim, thuyên tắc phổi, sốc ...

**+ Có thể dùng một số thuốc:**

- Nhóm ức chế beta
- Ức chế kênh If (Ivabradin)

## 2.2. NHỊP NHANH XOANG KHÔNG THÍCH HỢP (Inappropriate Sinus Tachycardia)

### A. ĐỊNH NGHĨA

Nhịp nhanh xoang không thích hợp dùng để chỉ những trường hợp nhịp trên 100 ck/ph nhưng hoàn toàn không phải do gắng sức hay những nguyên nhân gây nhịp nhanh vừa kể trên.

### B. CƠ CHẾ

Có thể do:

- Tăng tự động tính các tế bào P
- Hoặc mất cân bằng hệ thần kinh tự chủ
- Hoặc cả hai.

## 2.2. NHỊP NHANH XOANG KHÔNG THÍCH HỢP (Inappropriate Sinus Tachycardia)

### C. CHẨN ĐOÁN

- Nhịp tim lúc nghỉ hoặc khi vận động rất nhẹ (thay đổi tư thế, đi bộ chậm ...)  $\geq 100$  ck/ph.
- Hình dạng và trục sóng P hoàn toàn bình thường.
- Không thấy nguyên nhân thứ phát gây nhịp nhanh.
- Kèm theo các triệu chứng: hồi hộp đánh trống ngực, gần ngất hoặc cả hai. Các dấu hiệu trên được chứng minh là có liên quan đến nhịp nhanh xoang lúc nghỉ, tốt nhất là được theo dõi Holter ECG 24 giờ.

### D. ĐIỀU TRỊ

- Nhóm ức chế bêta
- Ức chế calci non-dihydropyridin (Verapamil, Diltiazem)
- Ức chế kênh If (Ivabradin)

## 2.3. NHỊP CHẬM XOANG (Sinus Bradycardia)

### A. Điện tâm đồ

- Nhịp xoang đều, tần số  $<60$  ck/ph
- Dẫn truyền nhĩ thất 1:1
- PR thường  $>0,12$  s
- QRS:  $0,04 - 0,10$  s
- QT:  $0,32 - 0,44$  s
- Thường có loạn nhịp xoang đi kèm



## 2.3. NHỊP CHẬM XOANG (Sinus Bradycardia)



### *Nhịp thoát bộ nối*

Khi xung động từ nút xoang phát ra quá chậm, nút nhĩ thất nắm quyền chủ nhịp chỉ huy thất được gọi là nhịp thoát bộ nối hay còn gọi là nhịp nút (junctional rhythm).

## 2.3. NHỊP CHẬM XOANG (Sinus Bradycardia)

### B. Nguyên nhân

#### ***Sinh lý:***

- Lúc ngủ (bình thường nhịp từ 35-40 ck/ph)
- Vận động viên điền kinh

#### ***Bệnh lý thường gặp:***

- Cường phó giao cảm (có thể gặp trong bệnh lý dạ dày tá tràng)
- Suy giáp (HC Sheehan)
- Suy nút xoang
- Do thuốc: Digitalis, ức chế calci, ức chế beta, clonidine, ...

#### ***Bệnh lý nhiễm trùng:***

- Vàng da tắc mật
- Nhiễm trùng huyết Gram âm
- Thương hàn
- Bệnh Chagas (KST Trypanosoma Cruzi có trong loài rệp hút máu)

## 2.3. NHỊP CHẬM XOANG (Sinus Bradycardia)

***Cần chú ý một số nguyên nhân cấp tính:***

- Tăng áp lực nội sọ
- Nhồi máu cơ tim cấp thành dưới
- Phẫu thuật mắt
- Can thiệp tim mạch



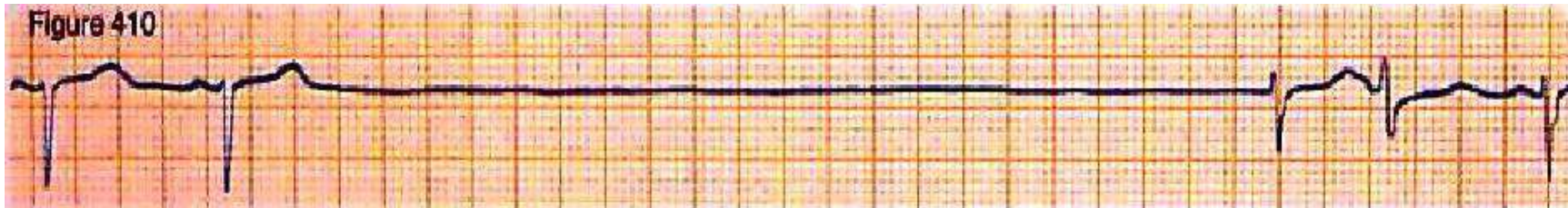
## 2.3. NHỊP CHẬM XOANG (Sinus Bradycardia)

### C. Điều trị

- + Trước hết phải điều trị nguyên nhân nếu có
- + Nhịp chậm xoang không triệu chứng → không cần điều trị.
- + Nhịp chậm xoang có triệu chứng: HATT <90 mmHg, nhịp tim <60 ck/ph, da lạnh, ẩm; ngoại tâm thu thất, đau ngực, khó thở.
  - Atropin.
  - Theophyllin, Salbutamol.
  - Dopamin, Adrenalin, Isuprel.
  - Đặt máy tạo nhịp tạm thời.
  - Cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn.

## 2.4. NGHỈ XOANG HOẶC NGỪNG XOANG (Sinus pause or arrest)

Xảy ra khi nút xoang mất khả năng phát xung → trên điện tâm đồ mất hẳn một hoặc nhiều phức bộ P-QRS-T.



## 2.4. NGHỈ XOANG HOẶC NGỪNG XOANG (Sinus pause or arrest)

**Nguyên nhân** có thể do:

- NMCT cấp → thiếu máu cục bộ cơ tim → tổn thương nút xoang.

- Xơ hóa cơ nhĩ tại vùng nút xoang.

- Ngộ độc Digitalis.

- Cường phế vị quá mức.

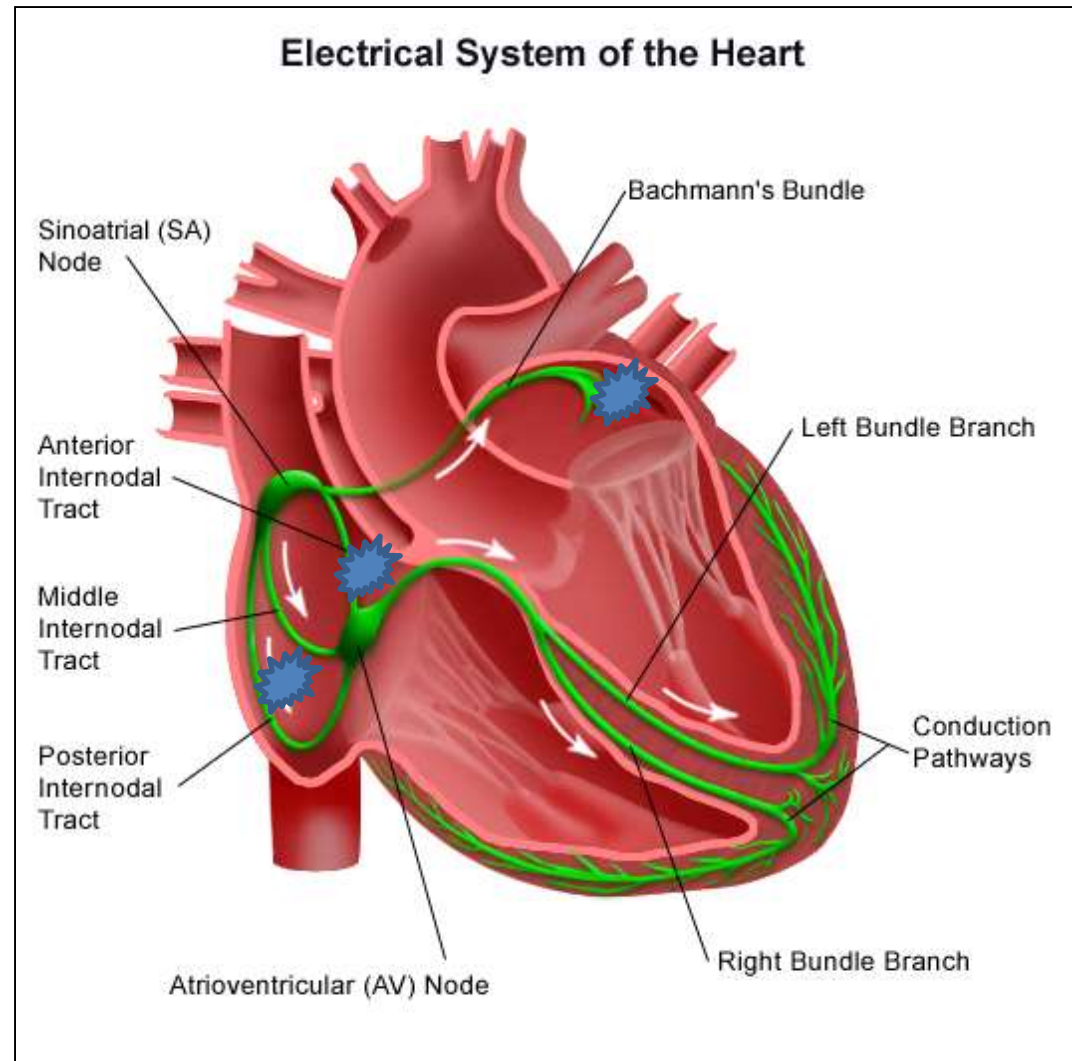
Trường hợp BN có nhịp chậm thường xuyên <40 ck/ph, có thể kèm theo ngất hoặc có khoảng ngưng xoang  $\geq 3$  giây → xem xét chỉ định cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn.

# 3. NHỊP NHĨ

- + Ngoại tâm thu nhĩ.
- + Nhịp nhanh nhĩ.
- + Nhịp nhanh nhĩ đa ổ
- + Chủ nhịp nhĩ lưu động.

## 3.1. NGOẠI TÂM THU NHĨ (Atrial premature beats)

Là nhát bóp được tạo nên bởi một xung “ngoại lai” (không phải xung của nút xoang), phát ra ở tầng nhĩ hoặc vùng phụ cận của nút nhĩ thất, đến sớm và kích hoạt thất theo đường dẫn truyền chính thống (qua bó His → xuống khử cực 2 thất cùng lúc)

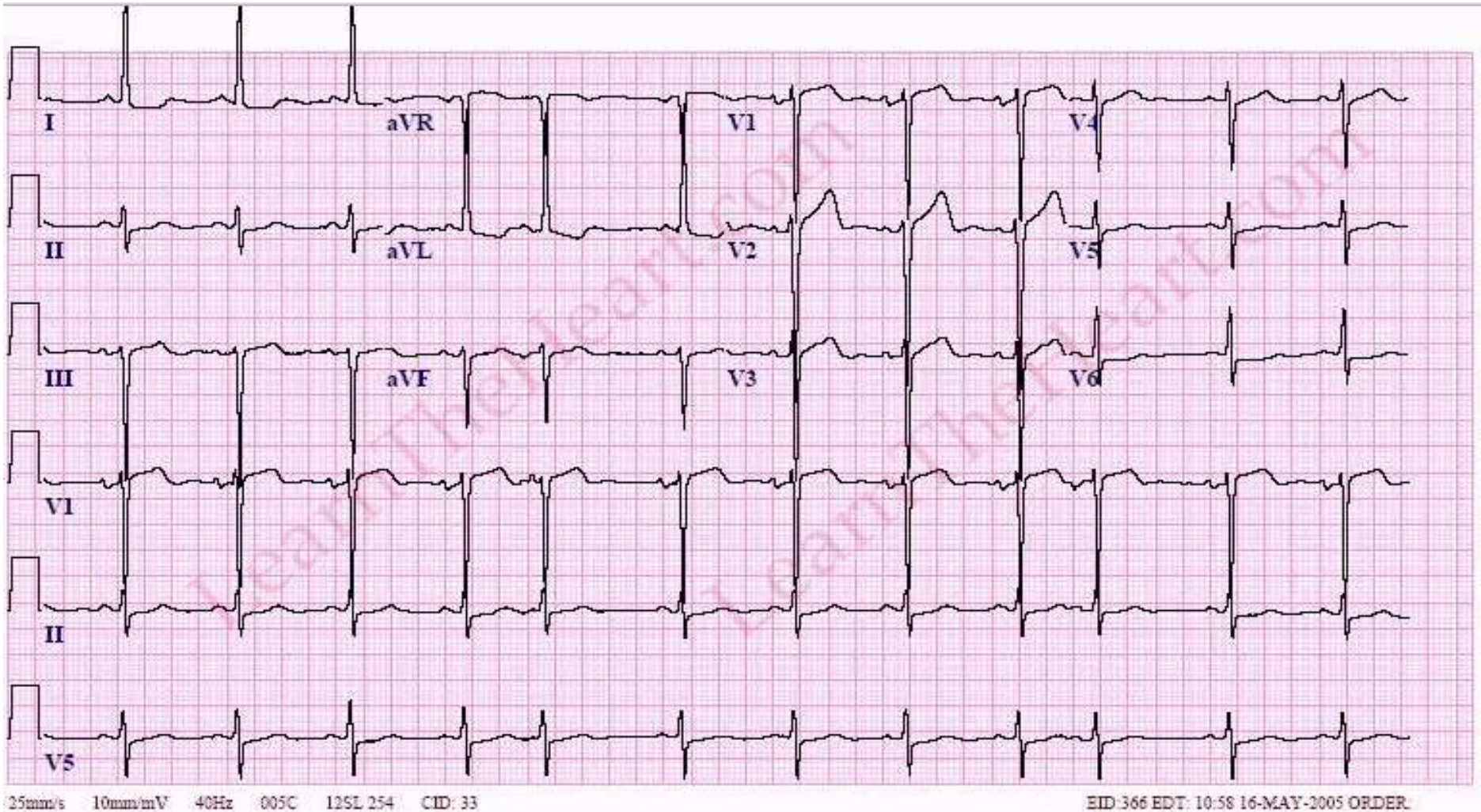


## 3.1. NGOẠI TÂM THU NHĨ (Atrial premature beats)

### **Điện tâm đồ**

- Sóng P' đến sớm và có hình dạng không bình thường vì không phải P xoang (có móc, dẹt, âm).
- Phức bộ QRS hoàn toàn bình thường (có thể giãn rộng khi có dẫn truyền lệch hướng).
- Thường không có khoảng nghỉ bù sau NTT nhĩ.

# 3.1. NGOẠI TÂM THU NHĨ (Atrial premature beats)



## 3.2. NHỊP NHANH NHĨ (*Atrial Tachycardia*)

Nhịp nhanh nhĩ điển hình thường do một ổ phát nhịp ở nhĩ (ngoài nút xoang) nhưng trên nút nhĩ thất → vì vậy hình dạng sóng P' có phần nào khác với P của nút xoang.

**A. Cơ chế** khởi phát nhịp nhanh nhĩ có thể do:

- Tăng tính tự động (xảy ra ở những BN không có bệnh tim cấu trúc), thường hay gặp trong ngộ độc digitalis.

- Cơ chế vào lại: có thể gặp ở những BN bệnh mạch vành (có hay không có NMCT), bệnh phổi (thuyên tắc phổi).



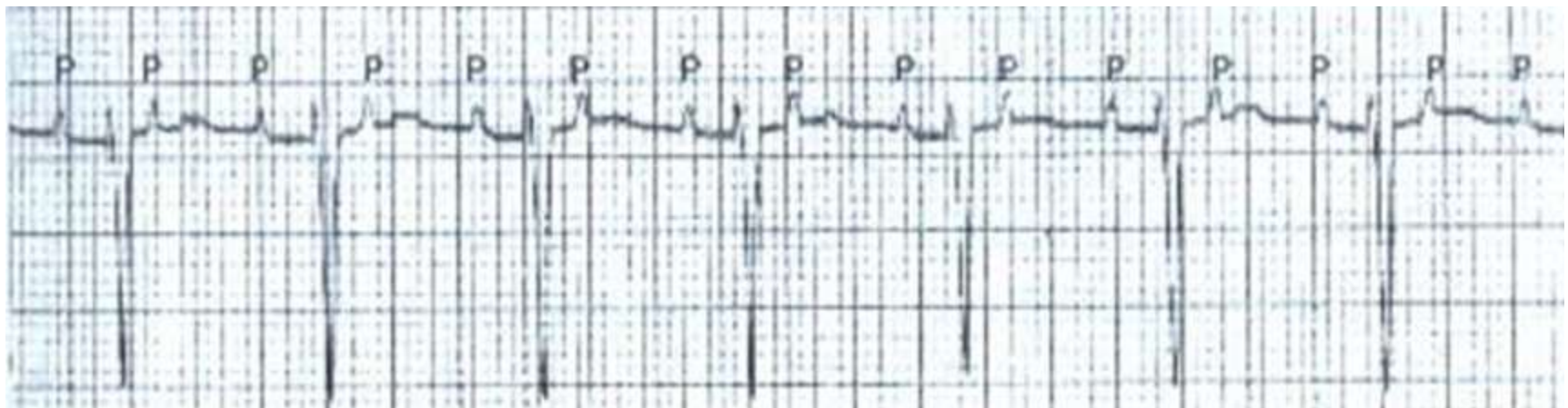
## 3.2. NHỊP NHANH NHĨ (*Atrial Tachycardia*)

### B. Điện tâm đồ

+ Sóng P' của cơn tim nhanh khác với sóng P lúc nhịp xoang. P' (+) ở V1: ổ phát nhịp ở nhĩ trái, nếu P' (+) ở aVL: ổ ngoại vị ở nhĩ phải.

+ Tần số nhĩ khoảng 150 - 200 ck/ph, QRS thanh mảnh.

+ Có block nhĩ thất đi kèm: 2:1, 3:1 (nên còn gọi là nhịp nhanh nhĩ bị block)



## 3.2. NHỊP NHANH NHĨ (*Atrial Tachycardia*)

### C. Điều trị

Nhịp nhanh nhĩ nếu không do ngộ độc Digitalis điều trị các thuốc sau:

- Ức chế beta
- Ức chế calci (Verapamil, Diltiazem)
- Digitalis

→ mục đích giảm đáp ứng thất.

Nếu các thuốc trên ít hoặc không hiệu quả → thêm các thuốc :

- + Nhóm I<sub>A</sub> : Quinidine, Disopyramid, Procainamid
- + Nhóm I<sub>C</sub> : Flecainid, Propafenol
- + Nhóm III : Amiodaron, Sotalol

### 3.3. NHỊP NHANH NHĨ ĐA Ổ (*Multifocal Atrial Tachycardia*)

Thường xảy ra ở BN có bệnh lý tim phổi.

#### **A. Cơ chế:**

Do nhĩ phải lớn, giảm oxy khí thở vào, tăng  $\text{CO}_2$  máu, toan huyết, tiết nhiều catecholamine, hoặc đơn độc hoặc phối hợp với nhau, đưa đến tăng tự động tính của nhĩ → kích hoạt hiện tượng lấy cò (trigger) vào các pha tái cực muộn sau khử cực.

Loạn nhịp trong nhịp nhanh nhĩ đa ổ thường hết khi nguyên nhân được giải quyết nhưng hay tái phát.

### 3.3. NHỊP NHANH NHĨ ĐA Ổ (*Multifocal Atrial Tachycardia*)

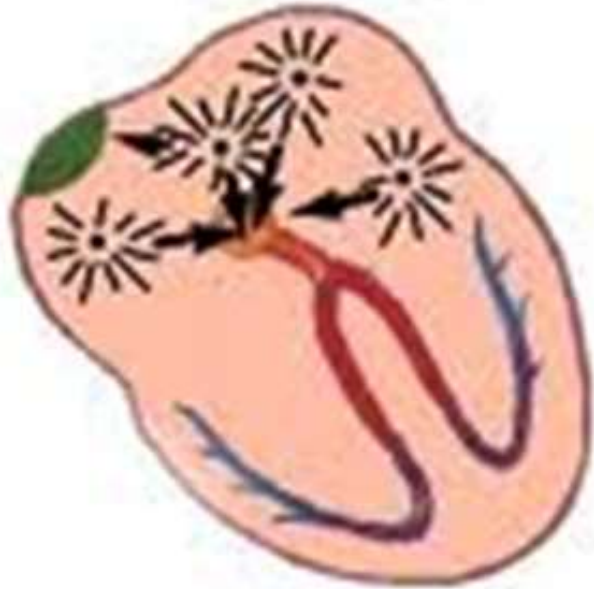
#### **B. Nguyên nhân**

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính kèm suy tim.
- Suy tim sung huyết
- Sau phẫu thuật tim phổi.
- Ngộ độc Theophyllin.
- RL điện giải: giảm kali máu, giảm Mg máu.
- Suy kiệt nặng.

Thường gặp ở BN cao tuổi 70 -75

Ở trẻ em, nếu nhịp nhanh nhĩ đa ổ kèm viêm cơ tim hoặc tim bẩm sinh, tỷ lệ tử vong sẽ cao.

### 3.3. NHỊP NHANH NHĨ ĐA Ồ (*Multifocal Atrial Tachycardia*)



Nhiều ổ thay phiên nhau phát xung  
Nhịp tim rất nhanh  $>100$  CK/ph



Hình dạng sóng P, khoảng PR, khoảng PP và RR đều không đều nhau

### 3.3. NHỊP NHANH NHĨ ĐA Ổ (*Multifocal Atrial Tachycardia*)

#### **C. Điện tâm đồ**

- Nhịp nhanh  $>100$  ck/ph (là tiêu chuẩn quan trọng để phân biệt với chủ nhịp lưu động)
- Có ít nhất 3 sóng P' khác nhau về hình dạng và biên độ trên cùng một chuyển đạo (thấy rõ hơn ở DII, DIII và V1)
- Có đường đẳng điện giữa các sóng P' (tiêu chuẩn quan trọng để phân biệt rung nhĩ và cuồng nhĩ không có đường đẳng điện).
- Giữa các khoảng PP, PR và RR hoàn toàn không đều nhau.

### 3.3. NHỊP NHANH NHĨ ĐA Ồ (*Multifocal Atrial Tachycardia*)

#### D. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân.
- Các thuốc chống loạn nhịp thường không có hiệu quả làm chậm nhịp nhĩ hoặc giảm đáp ứng thất.
- Ức chế beta thường bị CCĐ ở BN COPD do co thắt phế quản.

**- *Verapamil và Amiodaron sử dụng tốt.***

**- *Bù Kali và Magnesium giảm cơn nhịp nhanh.***

### 3.4. CHỦ NHỊP NHỄ LƯU ĐỘNG (*wandering atrial pacemaker*)

#### A. Điện tâm đồ

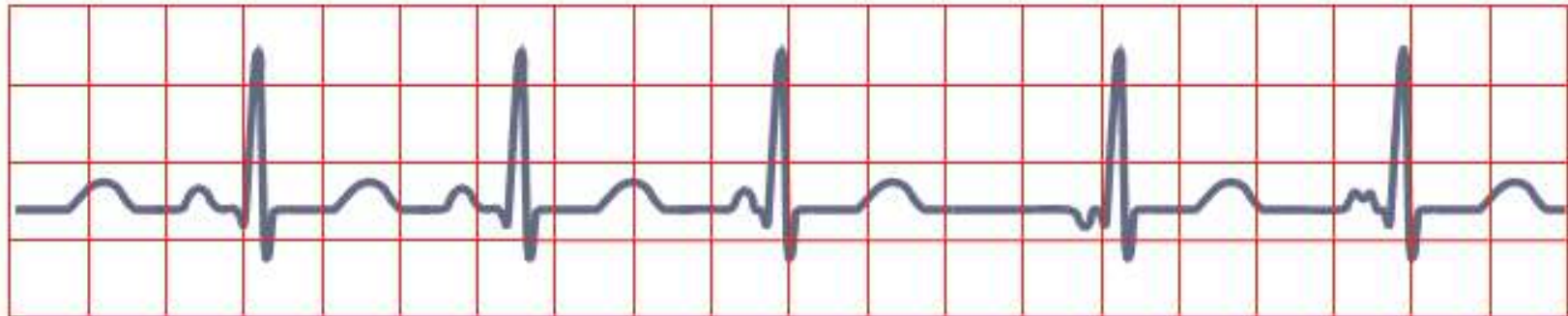
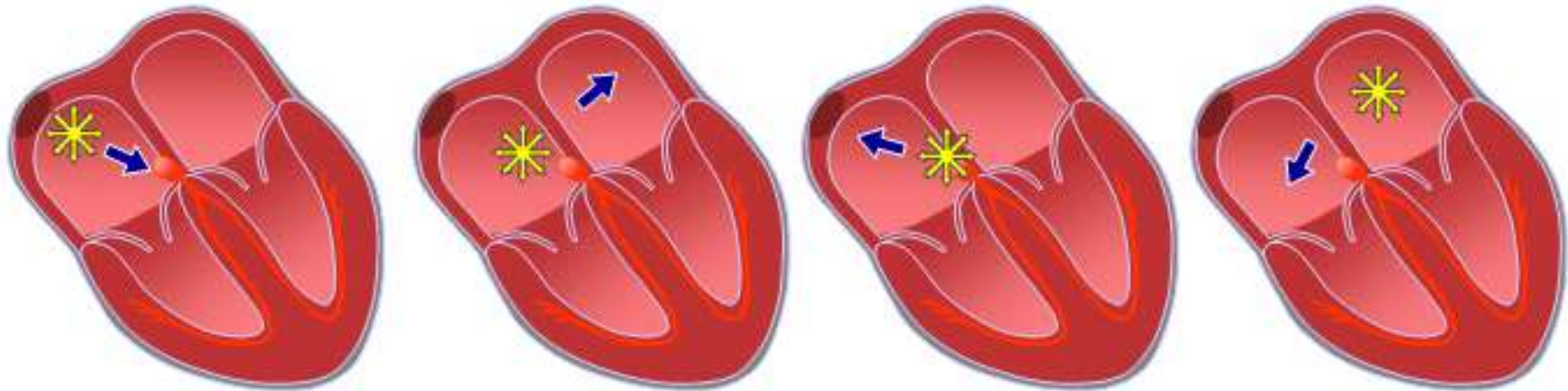
- Nhịp tim không đều.
- Tần số thất dao động 60 – 100 ck/ph.
- Đứng trước mỗi phức bộ QRS đều có sóng P', sóng P' lúc âm, lúc dương tùy theo vị trí phát nhịp, khoảng PR cũng khác nhau.
- Có  $\geq 3$  sóng P' khác nhau về hình dạng
- Phức bộ QRS hoàn toàn bình thường.



## 3.4. CHỦ NHỊP NHỄ LƯU ĐỘNG (*wandering atrial pacemaker*)

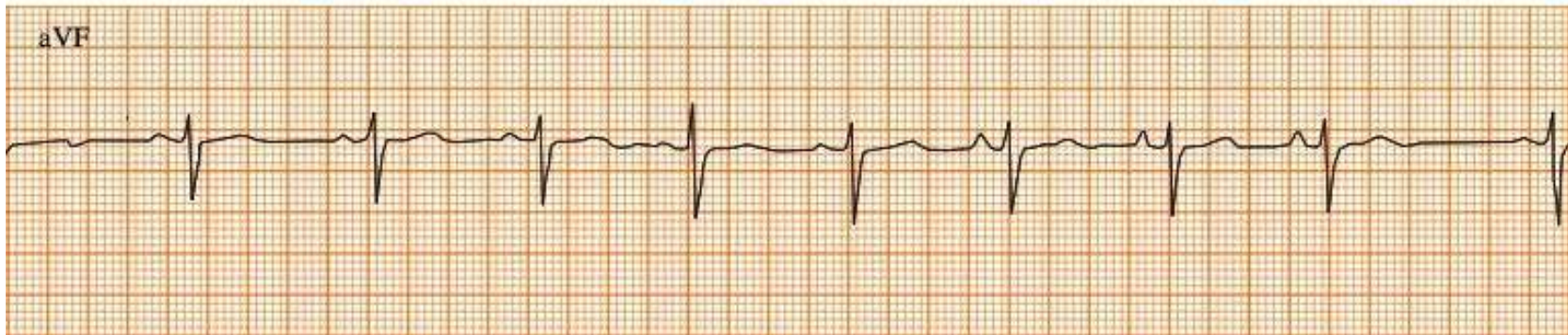
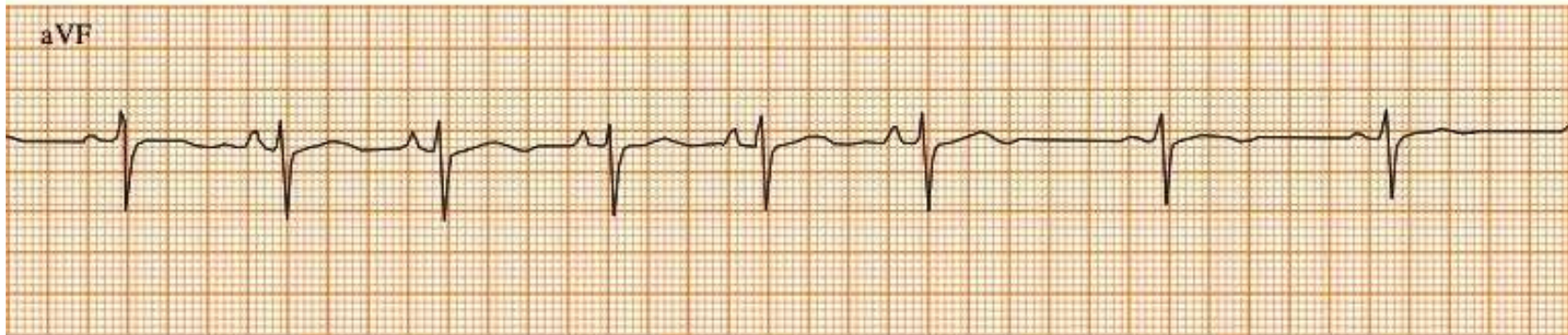
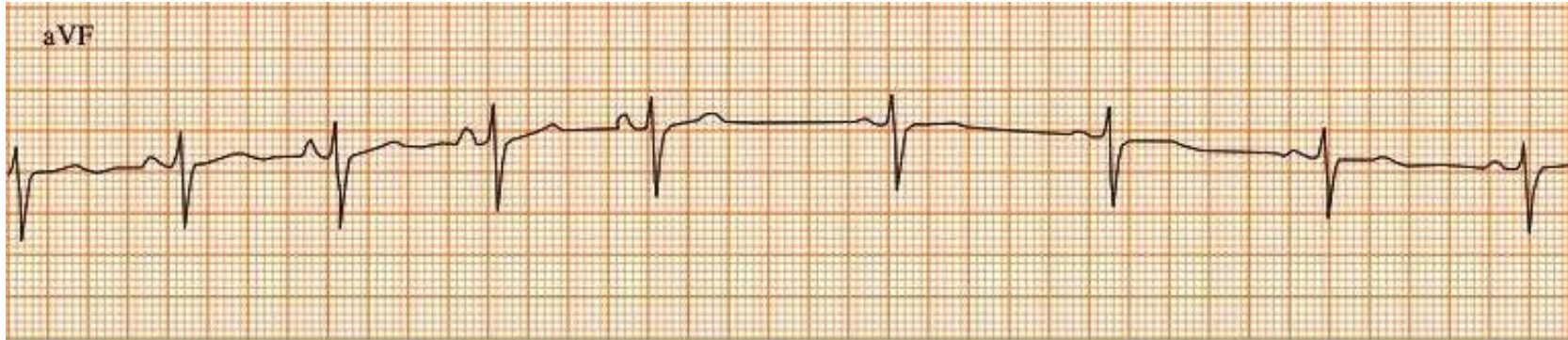
### WANDERING PACEMAKER

Impulses originate from varying points in atria



Variation in P-wave contour, P-R and P-P interval and therefore in R-R intervals

## 3.4. CHỦ NHỊP NHỄ LƯU ĐỘNG (*wandering atrial pacemaker*)



### 3.4. CHỦ NHỊP NHĨ LƯU ĐỘNG (*wandering atrial pacemaker*)

#### **B. Chẩn đoán phân biệt**

Chủ yếu phân biệt với nhịp nhanh nhĩ đa ổ. Có một dấu hiệu quan trọng đó là:

- Nhịp nhanh nhĩ đa ổ: tần số  $>100$  ck/ph
- Chủ nhịp nhĩ lưu động: tần số  $\leq 100$  ck/ph

Còn các tiêu chuẩn khác, hai loại loạn nhịp này khá giống nhau như: ít nhất  $\geq 3$  sóng P khác nhau, PR khác nhau, RR khác nhau.

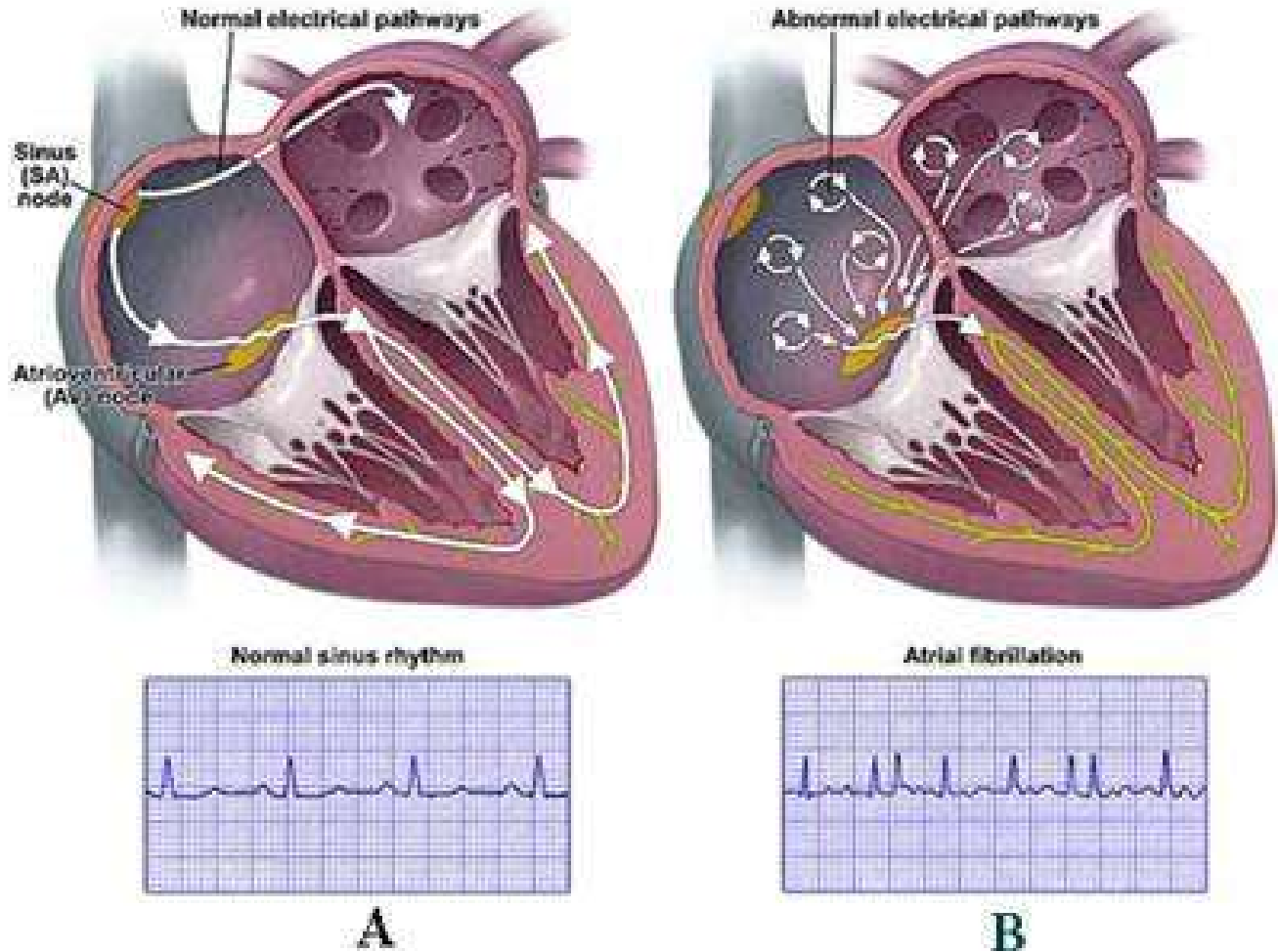
**C. Điều trị:** hiếm khi cần phải điều trị, ngoại trừ khi nhịp quá chậm gây triệu chứng.

Xử trí như nhịp chậm xoang.

# 4. RUNG NHĨ

## A. Định nghĩa:

Rung nhĩ là một rối loạn nhịp trên thất được đặc trưng bởi sự hoạt hóa vô tổ chức của tâm nhĩ với hệ quả là sự suy giảm chức năng cơ học của các tâm nhĩ.



## B. PHÂN LOẠI RUNG NHĨ

<b>RN cơn (Paroxysmal)</b>	Cơn RN tự ngừng, hoặc do can thiệp trong phạm vi 7 ngày của khởi phát. Các cơn có thể tái phát với tần suất thay đổi.
RN dai dẳng (Persistent)	khi rung nhĩ kéo dài trên 7 ngày
RN dai dẳng kéo dài (longstanding)	khi rung nhĩ kéo dài trên 12 tháng
RN vĩnh viễn (Permanent)	Nếu RN không chuyển về nhịp xoang bằng thuốc hoặc sốc điện hoặc chỉ chuyển về nhịp xoang trong 1 khoảng thời gian ngắn, hoặc RN đã kéo dài hơn 1 năm và chuyển nhịp chưa từng được thực hiện
RN không do bệnh van tim	được hiểu là RN xảy ra ở người không có hẹp van 2 lá hậu thấp và không có van tim nhân tạo

## C. LÂM SÀNG

- Triệu chứng cơ năng:
  - Có thể không có triệu chứng (BN tình cờ đi khám sức khỏe được phát hiện hoặc chỉ có nhịp tim bất thường) hoặc triệu chứng rất nặng.
  - Các triệu chứng có thể xuất hiện ở mức độ nhẹ đến mức độ rất nặng.
  - Thường hay gặp những triệu chứng không đặc hiệu.

## C. LÂM SÀNG

Triệu chứng lâm sàng thường gặp trong rung nhĩ:

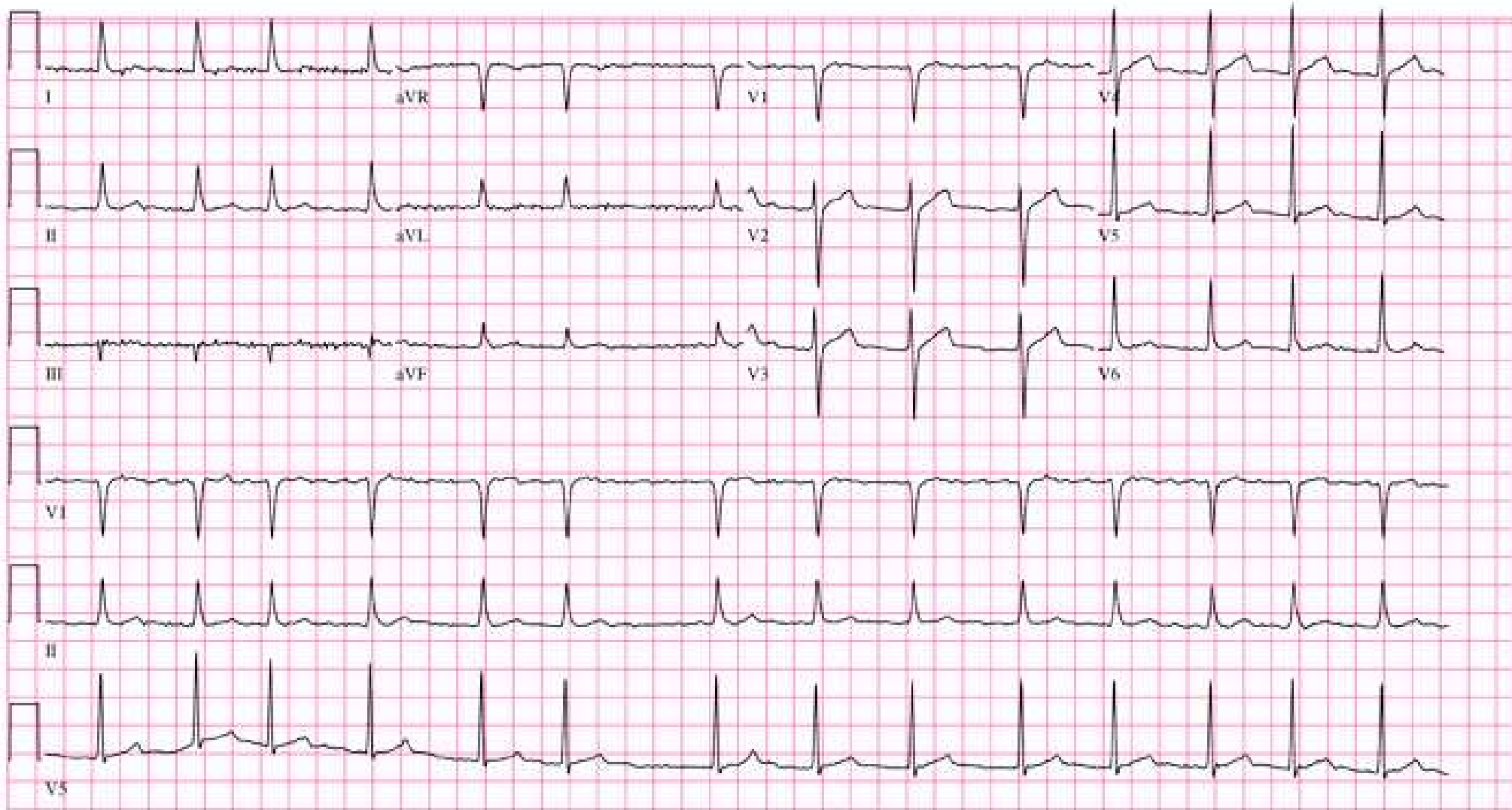
- Mệt không giải thích được nguyên nhân.
- Tim đập nhanh.
- Hồi hộp, đánh trống ngực.
- Khó thở, đặc biệt là trong hoạt động thể chất hoặc khi căng thẳng.
- Chóng mặt hoặc ngất xỉu (ngất).
- Đau ngực (đau thắt ngực).

## D. ĐIỆN TÂM ĐỒ

- RN thường nhìn rõ ở V1 do RN thường phát sinh ở nhĩ trái.
- Đáp ứng thất hoàn toàn không đều.
- Không có sóng P mà thay bằng sóng f, hoàn toàn khác nhau về biên độ, thời gian và hình dạng, TS: 400–600 ck/ph.
  - +RN sóng nhỏ (fine AF) biên độ sóng f <0,5mm thường gặp trong BTTMCB mạn tính.
  - + RN sóng lớn (coarse AF) biên độ sóng f  $\geq$ 0,5 – 1mm, thường gặp trong bệnh van tim do thấp (hẹp van 2 lá ...)
- RN không được điều trị đáp ứng thất thường 110 – 130 lần/phút.
- RN đáp ứng thất chậm (<40 lần/phút) và đều: thường là RN bị block nhĩ thất độ III (có thể do ngộ độc Digitalis ...)



# D. ĐIỆN TÂM ĐỒ

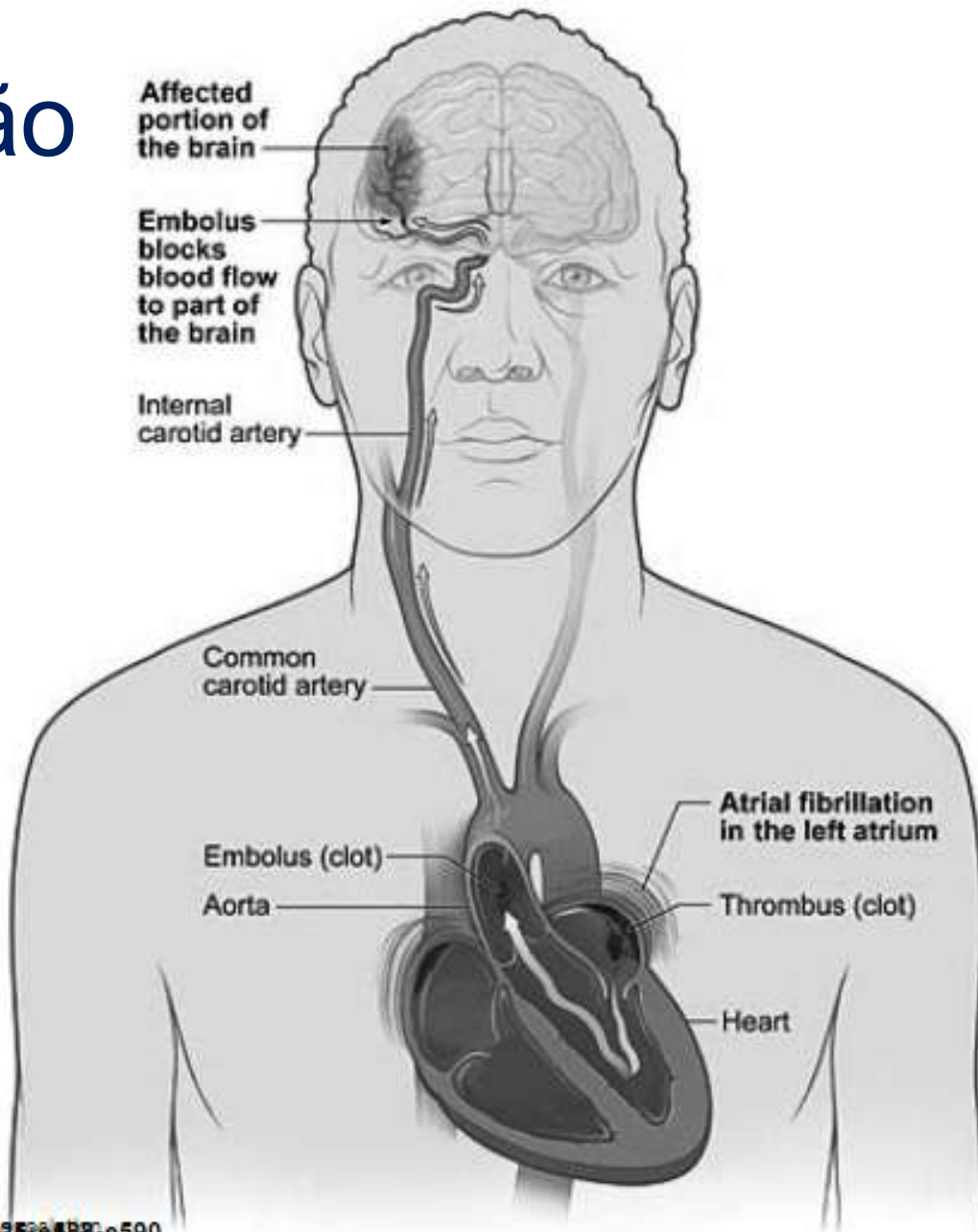


25mm/s 10mm/mV 100Hz 005E 12SL 233 CID: 1

## E. HẬU QUẢ CỦA RUNG NHĨ

- Rối loạn chức năng thất trái: dẫn đến bệnh cơ tim do nhịp nhanh.
- Ảnh hưởng huyết động: giảm đổ đầy thất do rung nhĩ và do đáp ứng thất nhanh.
- Nguy cơ hình thành huyết khối và thuyên tắc hệ thống.
- Ảnh hưởng chất lượng cuộc sống: do RN hay do điều trị RN.

# Đột quỵ não do huyết khối thuyên tắc



## F. ĐIỀU TRỊ

### CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ RUNG NHĨ

1. Chống huyết khối
2. Kiểm soát tần số thất
3. Kiểm soát nhịp
4. Điều trị bệnh nền và điều trị ngược dòng

# F.1. CHỐNG HUYẾT KHỐI

Các nhóm thuốc chống huyết khối thường dùng:

❖ Kháng kết tập tiểu cầu:

■ Aspirin

■ Clopidogrel.

**Kháng kết tập tiểu cầu:**

**hiệu quả rất thấp trong dự phòng huyết khối.**

❖ Kháng đông:

■ Warfarin: tác động nhiều yếu tố đông máu.

■ Dabigatran: ức chế thrombin

■ Rivaroxaban, Abixaban: ức chế yếu tố Xa

**NOAC -**  
New  
Oral  
AntiCoagulant

**NOAC: chỉ hiệu quả trong dự phòng huyết khối ở BN rung nhĩ không do bệnh van tim**

# ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ ĐỘT QUỴ (ở BN rung nhĩ không do bệnh van tim)

## CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score

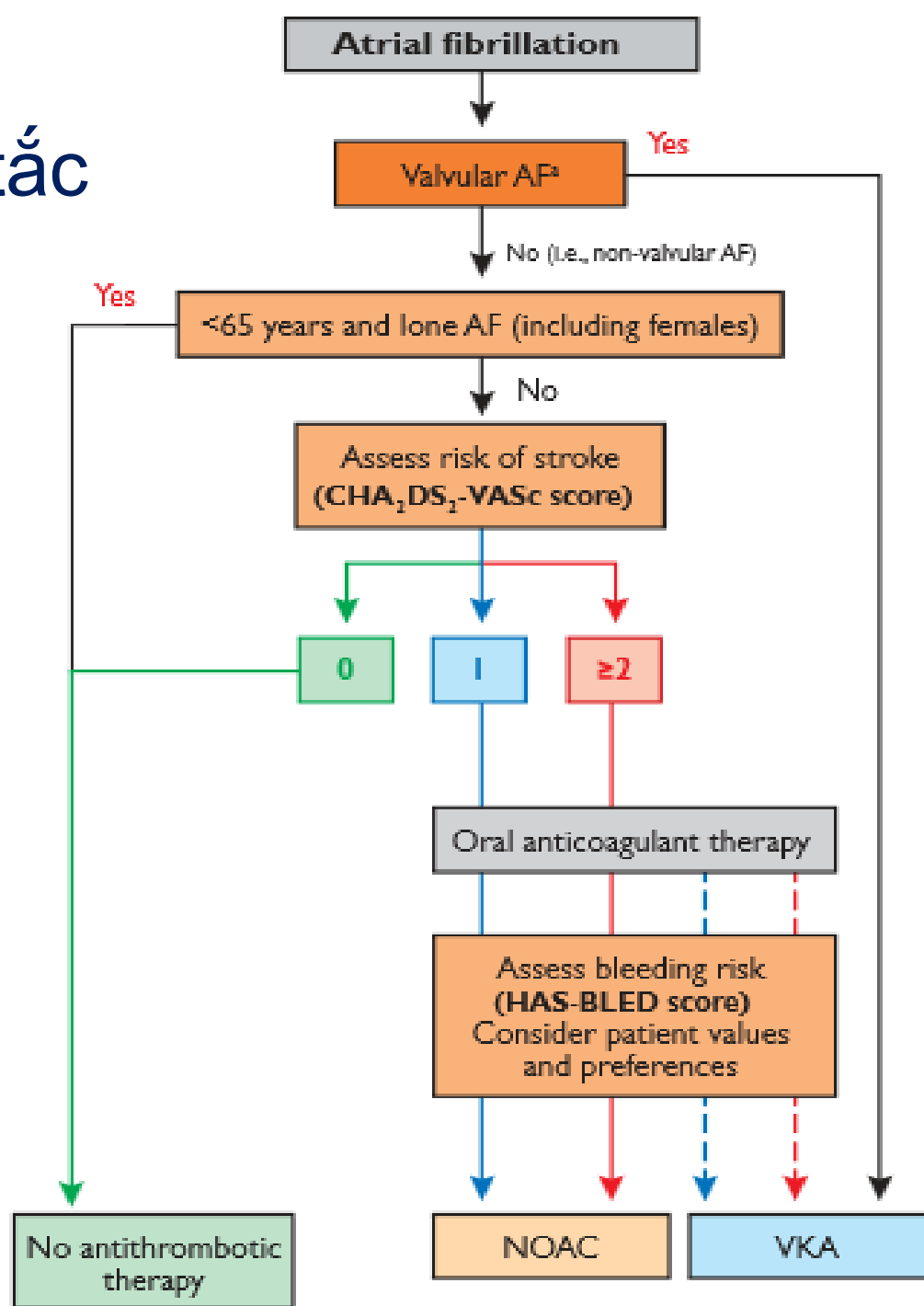
	<b>Condition</b>	<b>Points</b>
C	<b>Congestive heart failure</b> (or LV dysfunction) ☒	1
H	<b>Hypertension</b> BP>140/90 or treated hypertension on medication ☒	1
A <sub>2</sub>	<b>Age</b> ≥ 75 years	2
D	<b>Diabetes Mellitus</b>	1
S <sub>2</sub>	<b>Prior Stroke</b> or <b>TIA</b> or <b>Thromboembolism</b> ☒	2
V	<b>Vascular disease</b> (e.g. MI, PVD, Aortic plaque)	1
A	<b>Age 65-74 years</b>	1
S <sub>c</sub>	<b>Sex category</b> (female gender)	1

# Đánh giá nguy cơ xuất huyết: HAS-BLED score

Letter	Clinical characteristic <sup>a</sup>	Points awarded
<b>H</b>	Hypertension	1
<b>A</b>	Abnormal renal and liver function (1 point each)	1 or 2
<b>S</b>	Stroke	1
<b>B</b>	Bleeding	1
<b>L</b>	Labile INRs	1
<b>E</b>	Elderly (e.g. age >65 years)	1
<b>D</b>	Drugs or alcohol (1 point each)	1 or 2
		Maximum 9 points

- ❖ Không có YTNC nào: nguy cơ thấp
- ❖ 1-2 YTNC: nguy cơ trung bình
- ❖ ≥3 YTNC: nguy cơ cao

# Hướng dẫn điều trị phòng ngừa thuyên tắc ở BN rung nhĩ





## F.2. KIỂM SOÁT TẦN SỐ THẤT

Recommendations	COR	LOE
Kiểm soát tần số thất bằng chẹn beta hoặc chẹn calci non-DHP cho RN cơn, RN dai dẳng hoặc vĩnh viễn	I	B
Chẹn beta hoặc chẹn calci non-DHP đường tĩnh mạch được khuyến cáo cho RN cấp ở BN không có HC kích thích sớm. Ở những BN có rối loạn huyết động → chỉ định sốc điện.	I	B
Với RN, đánh giá kiểm soát tần số tim trong quá trình gắng sức, điều chỉnh thuốc điều trị khi cần thiết.	I	C
Kiểm soát tần số thất (<80 lần/phút) là hợp lý để điều trị triệu chứng của RN.	IIa	B
Amiodarone tĩnh mạch có thể dùng để kiểm soát TS thất cho những BN nặng nhưng không có HC kích thích sớm.	IIa	B
Cắt đốt nút nhĩ thất với đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn là hợp lý khi điều trị bằng thuốc không đáp ứng và kiểm soát nhịp không đạt.	IIa	B

## F.2. KIỂM SOÁT TẦN SỐ THẤT

Recommendations	COR	LOE
Kiểm soát tần số thất lúc nghỉ <110 lần/phút có thể hợp lý ở BN không có triệu chứng và chức năng tâm thu thất trái bảo tồn	IIb	B
Amiodarone uống được sử dụng kiểm soát TS thất khi các biện pháp khác không thành công hoặc có chống chỉ định.	IIb	C
Cắt đốt nút nhĩ thất không nên thực hiện khi trước đó chưa điều trị tích cực kiểm soát tần số thất bằng thuốc.	III: Harm	C
Ức chế calci non-DHP không nên sử dụng ở BN suy tim mất bù.	III: Harm	C
Với RN ở BN có HC kích thích sớm: digoxin, ức chế calci non-DHP hoặc amiodarone không nên sử dụng.	III: Harm	B
Dronedarone không nên sử dụng để kiểm soát tần số thất với rung nhĩ vĩnh viễn.	III: Harm	B

## **5. NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia-PSVT)**

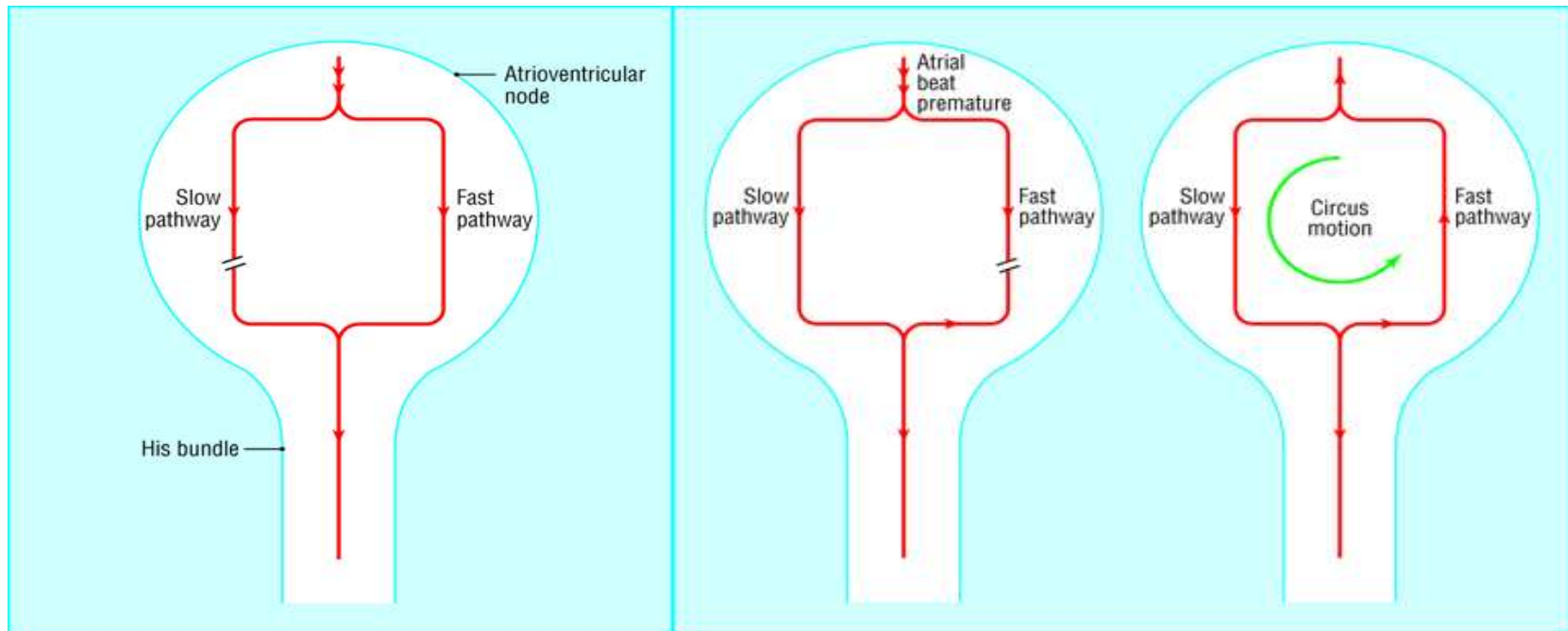
Là một thuật ngữ bao gồm một số loại nhịp nhanh có nguồn gốc và cơ chế khác nhau:

- Nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất
- Nhịp nhanh vào lại nhĩ thất:
  - + Theo chiều xuôi.
  - + Theo chiều ngược.

# 5. NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia-PSVT)

**Cơ chế vòng vào lại - 3 điều kiện tạo ra vòng vào lại:**

- Có hai đường dẫn truyền độc lập đứng cạnh nhau, nhưng tách biệt về mặt sinh lý, khác nhau về vận tốc dẫn truyền và thời kỳ trơ.
- Có 1 đường bị block một chiều.
- Dẫn truyền theo đường còn lại đủ chậm để đường bị block có thời gian phục hồi.



## 5. NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia-PSVT)

### 5.1. NHỊP NHANH VÀO LẠI NÚT NHĨ THẮT

*(AVNRT: Atrio-Ventricular Nodal Re-entrant Tachycardia)*

AVNRT chiếm 50-60% các loại tim nhanh trên thất thường gặp trên lâm sàng.

#### **+ Nguyên nhân:**

Gặp ở mọi lứa tuổi, nữ nhiều hơn nam, không thấy nguyên nhân, nhưng cũng có thể do:

- Thiếu máu cục bộ cơ tim
- Bệnh tim hậu thấp
- Viêm màng ngoài tim
- Sa van 2 lá
- HC tiền kích thích (Wolff – Parkinson – White)

## 5. NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia-PSVT)

### 5.1. NHỊP NHANH VÀO LẠI NÚT NHĨ THẮT

**Cơ chế:** xảy ra là do có đường dẫn truyền kép chức năng ở trong hay cạnh nút nhĩ thất tạo ra vòng vào lại:

- Đường dẫn truyền chậm, có thời gian trơ ngắn.
- Đường dẫn truyền nhanh, có thời gian trơ dài hơn.

Vòng vào lại trong nút nhĩ thất thường được kích hoạt bằng xung nhĩ đến sớm và dẫn truyền xuôi qua nút nhĩ thất xuống khử cực 2 thất cùng một lúc nên phức bộ QRS hẹp.

90% các trường hợp AVNRT vòng vào lại đi theo hướng chậm-nhanh, còn 10% số còn lại đi theo hướng nhanh-chậm.

# 5. NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia-PSVT)

## 5.1. NHỊP NHANH VÀO LẠI NÚT NHĨ THẮT

Đặc điểm điện tâm đồ:

- Đa số có QRS hẹp  $<0,12$  s, đôi khi có thể gặp QRS giãn rộng do có block nhánh đi kèm hoặc dẫn truyền lệch hướng.

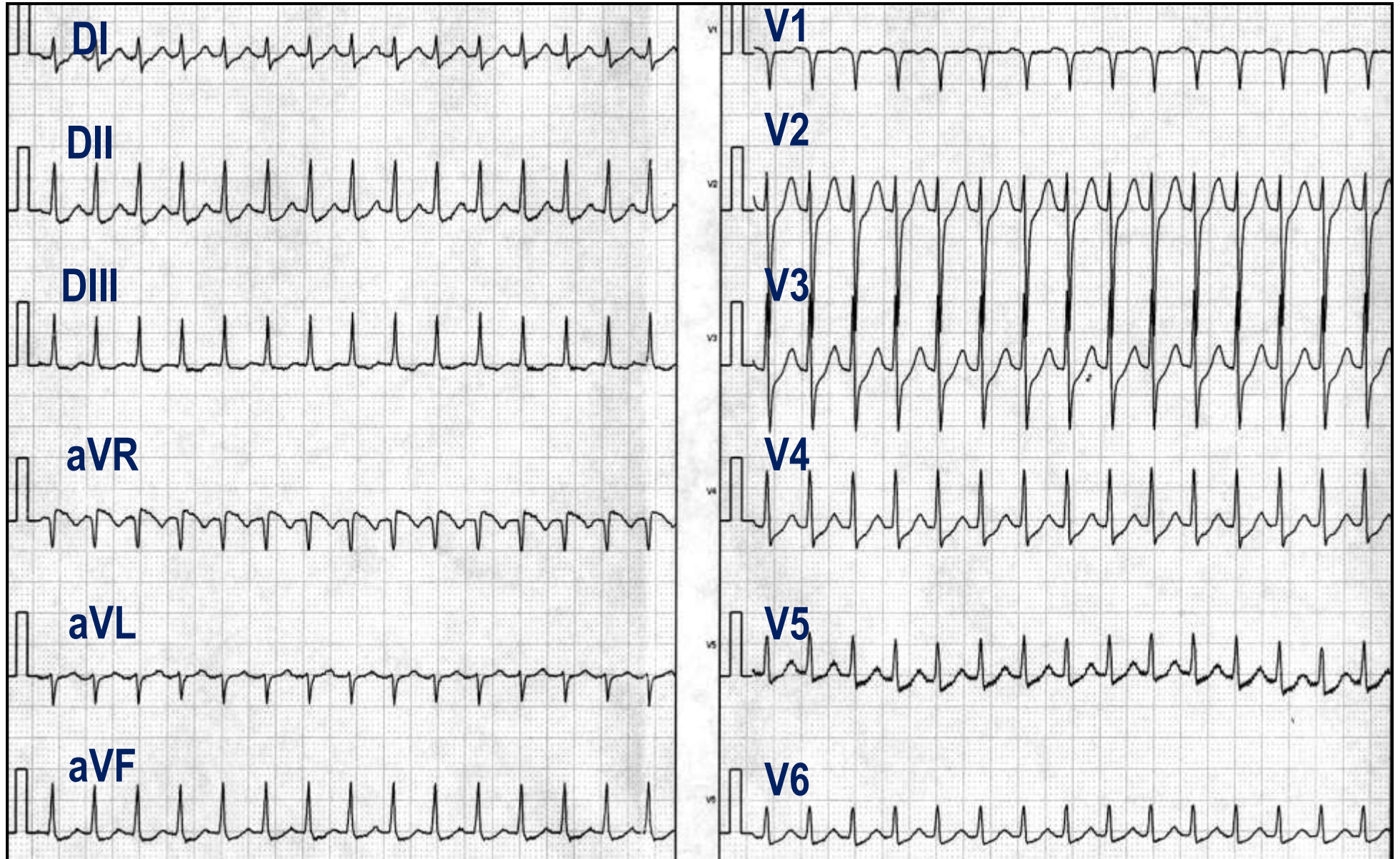
- Nhịp tim nhanh từ 150 - 250 ck/ph và đều.

- Sóng P:

- + Chồng lên QRS (không thấy sóng P)

- + Hoặc đi sau: P âm ở DII, DIII, aVF (do khử cực ngược lên từ nút nhĩ thất).

## 5.1. NHỊP NHANH VÀO LẠI NÚT NHĨ THẤT





## 5. NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia-PSVT)

### 5.2. NHỊP NHANH VÀO LẠI NHĨ THẮT

*(AVRT: Atrio-Ventricular Re-entrant Tachycardia)*

Nguyên nhân thường gặp trong:

- Bệnh Ebstein
- Hội chứng tiền kích thích.

# 5. NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia-PSVT)

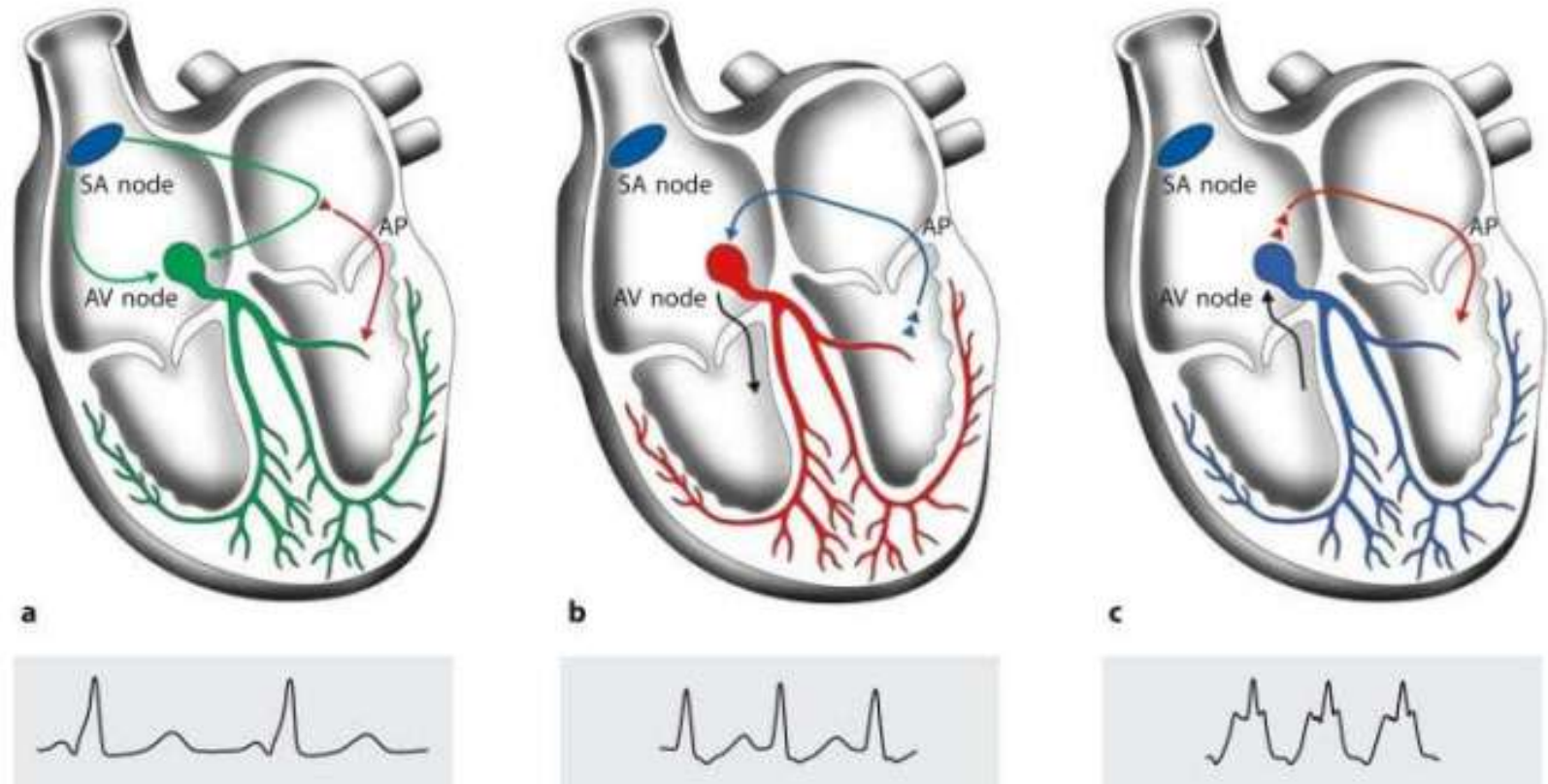
## 5.2. NHỊP NHANH VÀO LẠI NHĨ THẮT

**Cơ chế:** xảy ra khi có đường dẫn truyền phụ nhĩ thất (A-V accessory pathway).

+ Dẫn truyền xuôi (*orthodromic*): xung đi xuống qua nút nhĩ thất → bó His → tần thất (dẫn truyền xuôi) do vậy khử cực 2 thất cùng lúc nên QRS hẹp. Nhưng xung đi ngược lên nhĩ qua đường phụ không qua nút nhĩ thất, nên thường thấy sóng P âm đi ngay sau phức bộ QRS.

+ Dẫn truyền ngược (*antidromic*): xung đi xuống qua đường phụ, dẫn truyền ngược lên qua đường chính là nút nhĩ thất (hoặc thất phải hoặc thất trái khử cực trước sau đó thất đối bên khử cực → phức bộ QRS giãn rộng  $>0,12$  s.

# 5. NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia-PSVT)



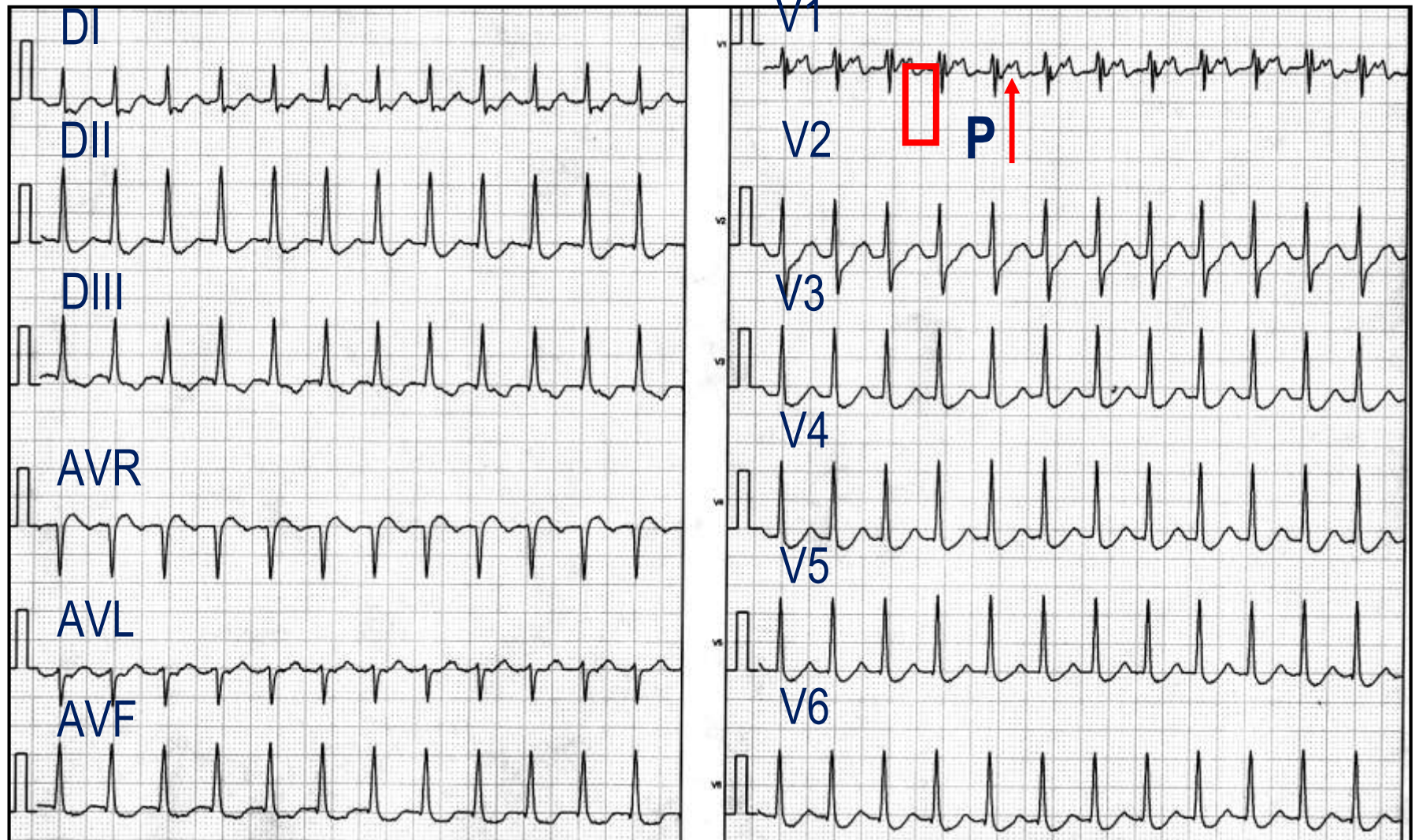
a. Hội chứng WPW

b. Dẫn truyền xuôi (*Orthodromic Re-entrant Tachycardia*)

c. Dẫn truyền ngược (*Antidromic Re-entrant Tachycardia*)

# 5. NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia-PSVT)

## 5.2. NHỊP NHANH VÀO LẠI NHĨ THẮT



# 5. NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia-PSVT)

## 5.3. ĐIỀU TRỊ

### A. Điều trị cấp

*\* Nếu rối loạn huyết động (HATT < 90 mmHg, chân tay lạnh, thiếu niệu, rối loạn tri giác): sốc điện được lựa chọn đầu tiên, với liều thấp 25 – 50 joules, nếu không kết quả có thể nâng liều.*

\* Không rối loạn huyết động:

+ Phức bộ QRS hẹp < 0,12s

- Xoa xoang cảnh

- Verapamil

- Esmolol

- Adenosin

- Diltiazem

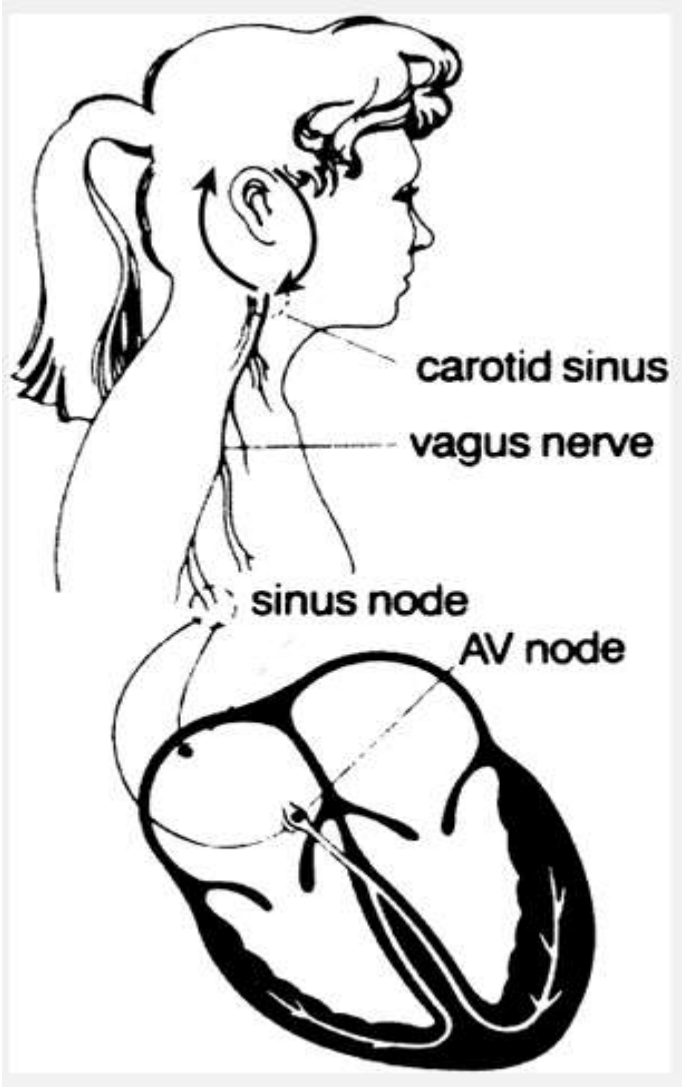
- Metoprolol

+ Phức bộ QRS rộng > 0,12s

- Procainamid

- Amiodaron

# 5. NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẤT (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia-PSVT)



## XOANG CẢNH

Các thụ cảm thể áp xuất nằm ở chỗ chia 2 của ĐM cảnh chung ở góc hàm.

+ Khi kích thích, các xung động truyền lên não và sau đó các tín hiệu từ não xuống tim theo dây X làm chậm nút xoang và chậm dẫn truyền qua nút nhĩ thất.

+ Hầu hết các PSVT có vòng vào lại tại nút nhĩ thất nên kích thích xoang cảnh có thể giúp chẩn đoán và kết thúc đợt PSVT.

# 5. NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia-PSVT)

## 5.3. ĐIỀU TRỊ

**B. Điều trị duy trì:** Nhiều BN không cần điều trị nếu cơn nhịp nhanh ít hoặc không gây triệu chứng và tự hết bởi một vài động tác của người bệnh. Nếu cơn lặp đi lặp lại nhiều lần và có triệu chứng, thường dùng các thuốc sau để dự phòng cơn tái phát.

+ Phức bộ QRS hẹp  $<0,12s$

- **Verapamil, Diltiazem**

- **Ức chế beta: Metoprolol, Atenolol,**

+ Phức bộ QRS rộng  $>0,12s$ : dùng các thuốc Block đường dẫn truyền phụ (bó Kent)

- Nhóm  $I_A$ : Quinidine, Disopyramid, **Procainamid**

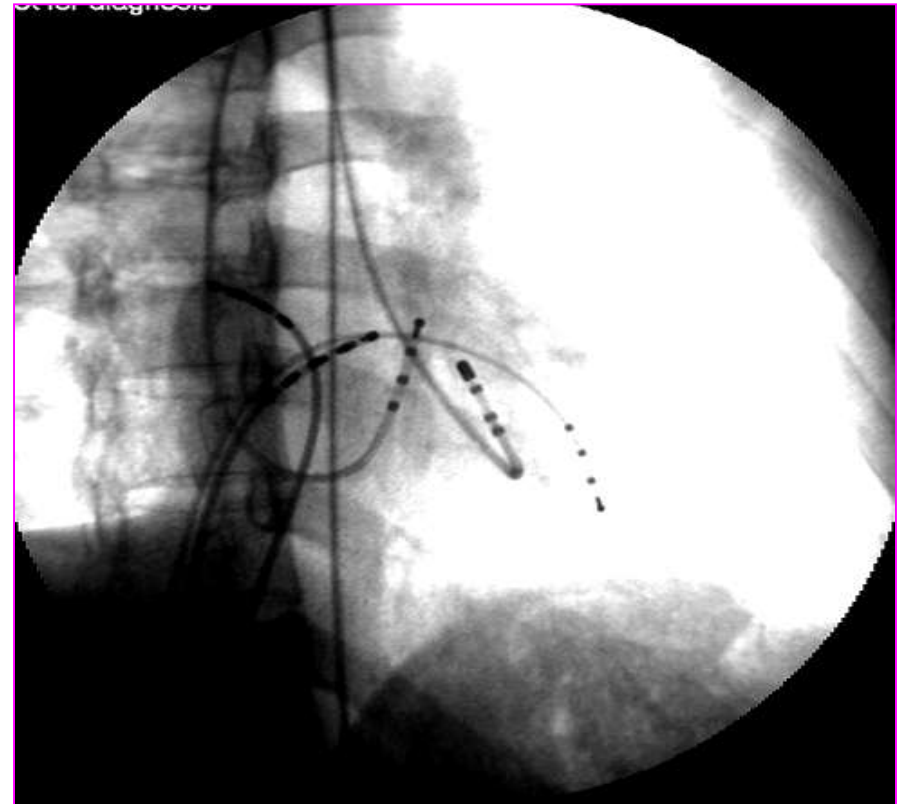
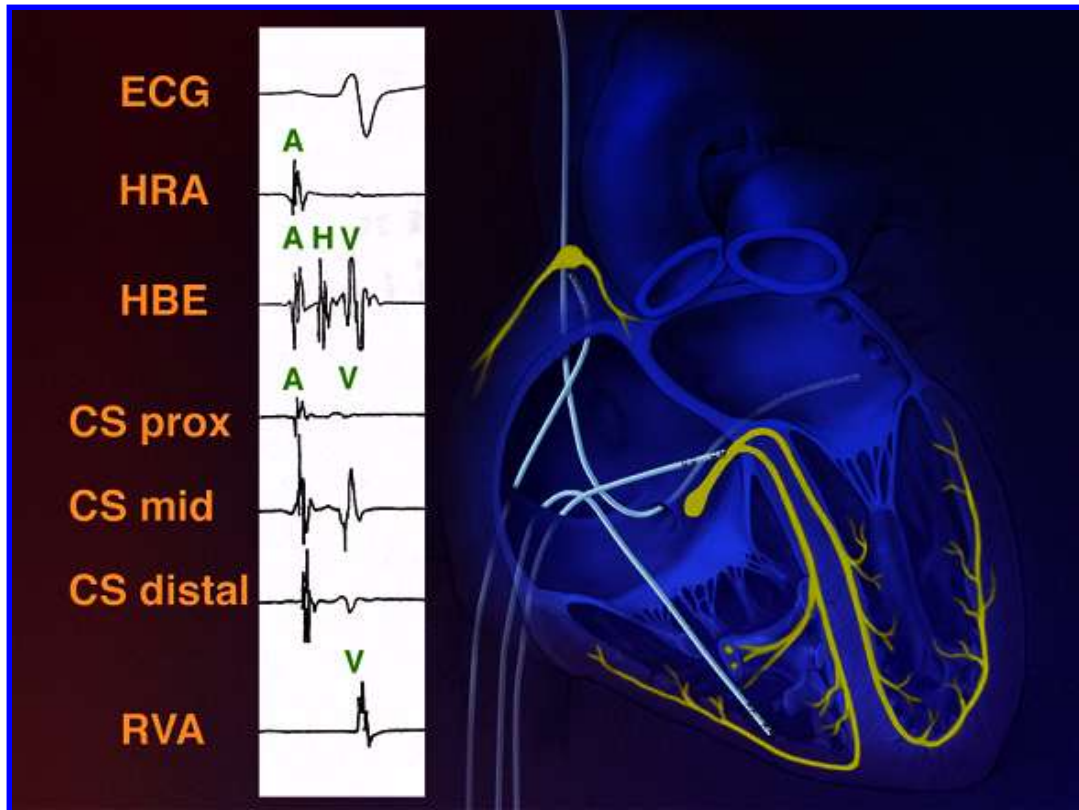
- Nhóm  $I_C$ : Flecainid, Propafenol

- Nhóm III: **Amiodaron, Sotalol**

# 5. NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT (Paroxysmal Supraventricular Tachycardia-PSVT)

## 5.3. ĐIỀU TRỊ

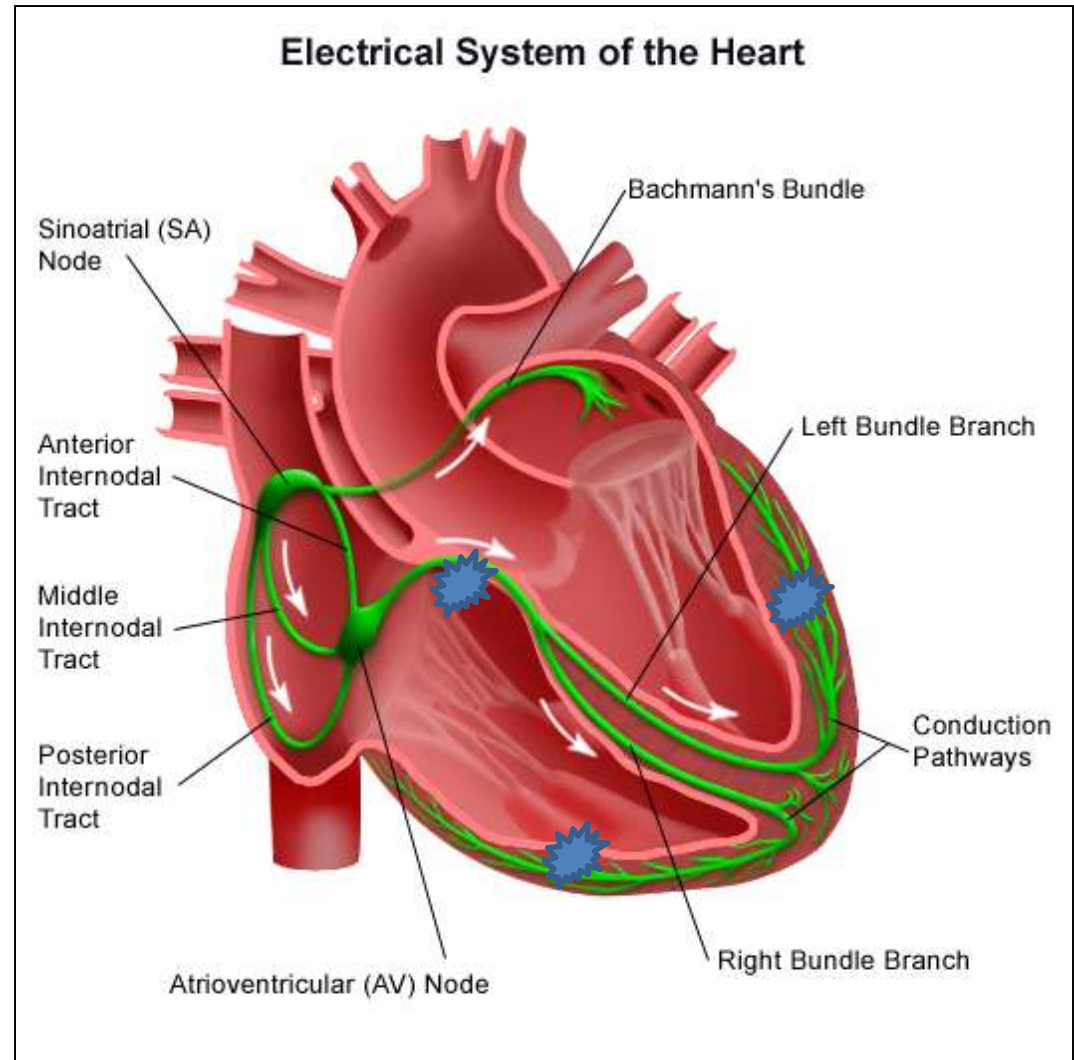
C. Điều trị cắt đốt đường dẫn truyền phụ qua catheter bằng năng lượng sóng Radio cao tần (RFA: Radiofrequency Ablation)





# 6. RỐI LOẠN NHỊP THẤT

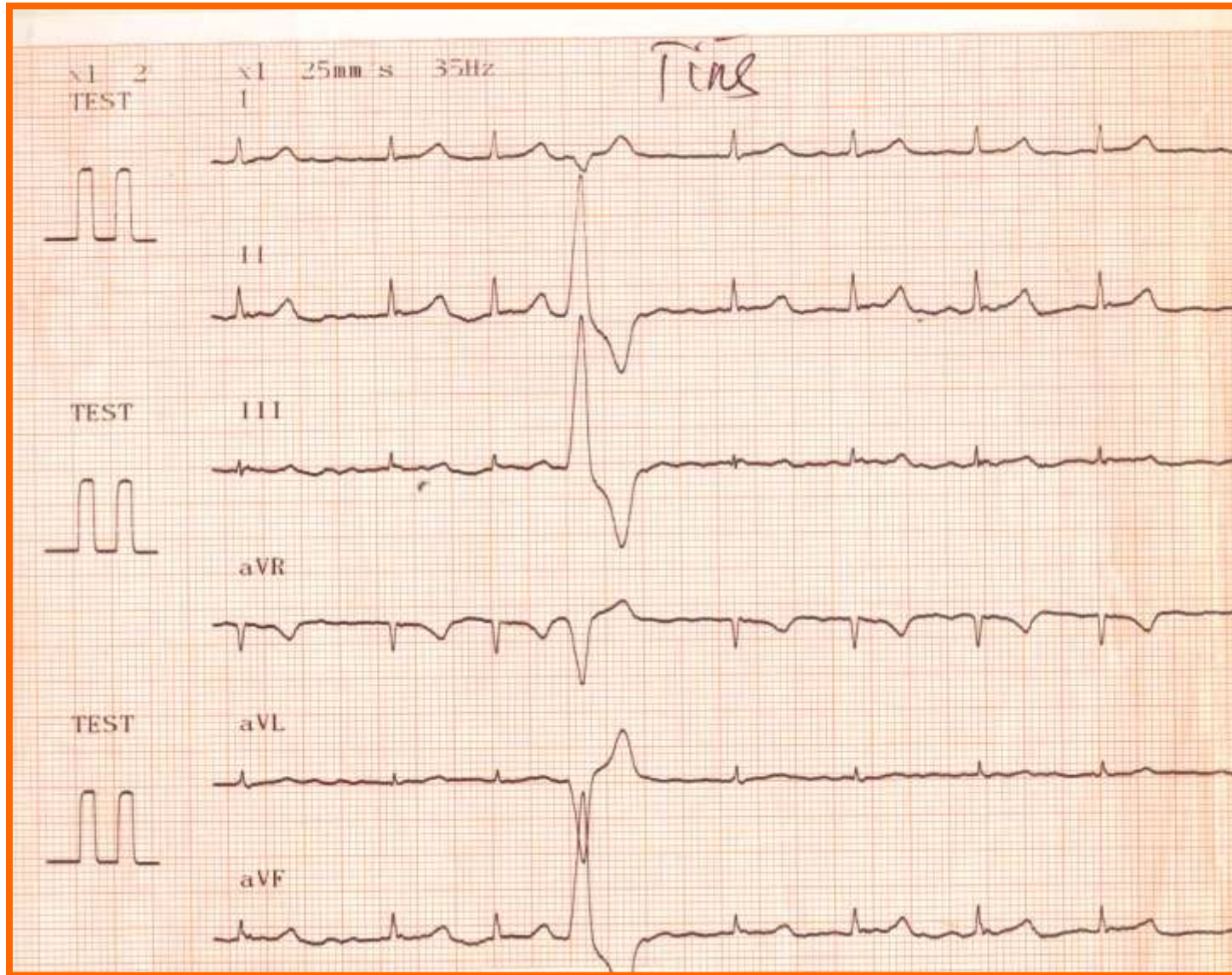
- Ngoại tâm thu thất
- Nhịp nhanh thất



## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẤT (*Ventricular Premature Beats*)

Ngoại tâm thu thất là một nhát bóp thất **đến sớm** được kích hoạt bởi **ổ ngoại vị nằm trong khối cơ thất** → làm co bóp tâm thất sớm. Vì vậy, khi xung chính thống của nút xoang xuống thất gặp đúng vào thời kỳ trơ của nhát bóp ngoại tâm thu thất, do đó thường sẽ không thấy sóng P.

# 6.1. NGOẠI TÂM THU THẤT (*Ventricular Premature Beats*)



## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẤT (*Ventricular Premature Beats*)

### 6.1.1. Nguyên nhân:

- *Nhồi máu cơ tim, BTTMCB.*
- *Viêm cơ tim.*
- *Suy tim sung huyết.*
- *Ngộ độc Digitalis.*
- *Ngộ độc thuốc: Quinidin, chống trầm cảm 3 vòng.*
- *Rối loạn điện giải: hạ Kali máu, hạ Calci máu.*
  
- *Căng thẳng (Stress)*
- *Sử dụng quá nhiều thuốc lá, café, rượu.*
- *Vô căn (người bình thường không bệnh lý tim mạch)*

## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẮT (*Ventricular Premature Beats*)

### 6.1.2. Điện tâm đồ:

- Phức bộ QRS: **đến sớm, giãn rộng, biến dạng** so với bình thường

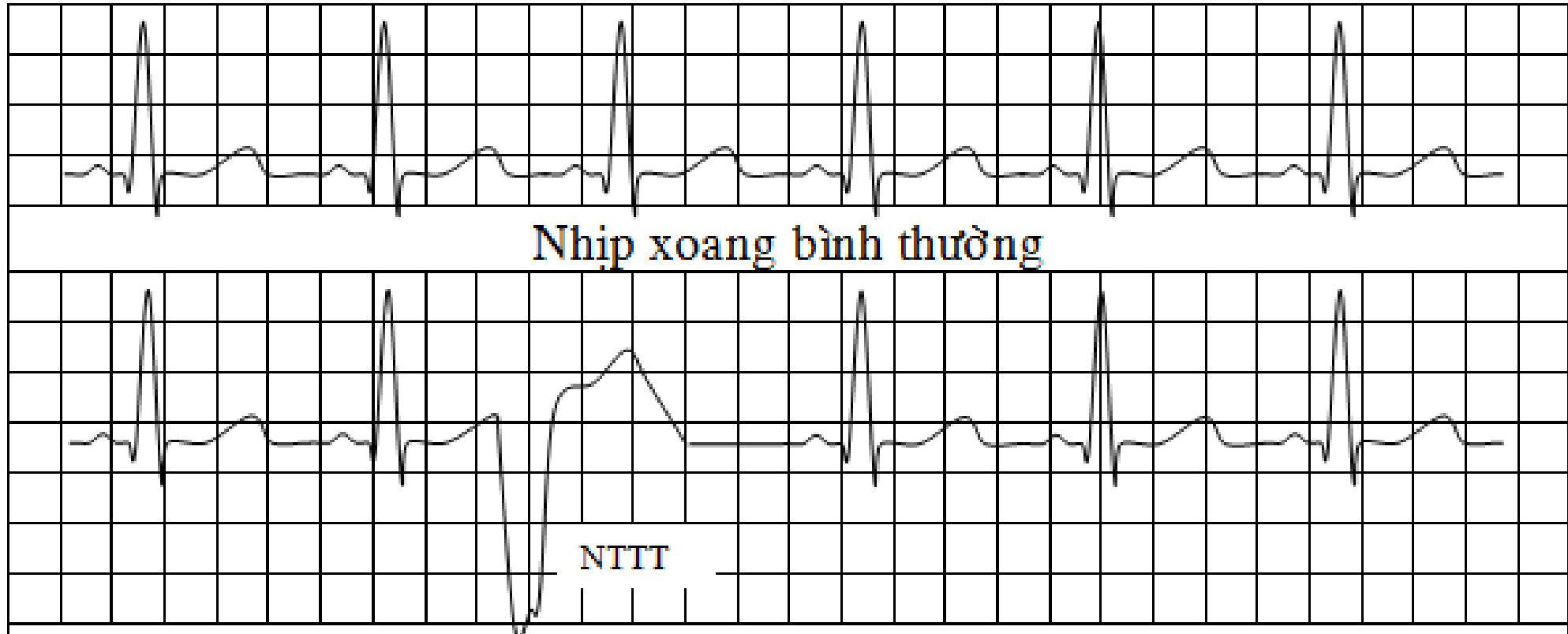
- ST-T thay đổi ngược chiều với QRS (QRS dương → ST chênh xuống, T âm và ngược lại).

- Thường có khoảng nghỉ bù:

$$RR'R = 2RR.$$

Khoảng RR' gọi là khoảng ghép, còn R'R gọi là khoảng nghỉ bù.

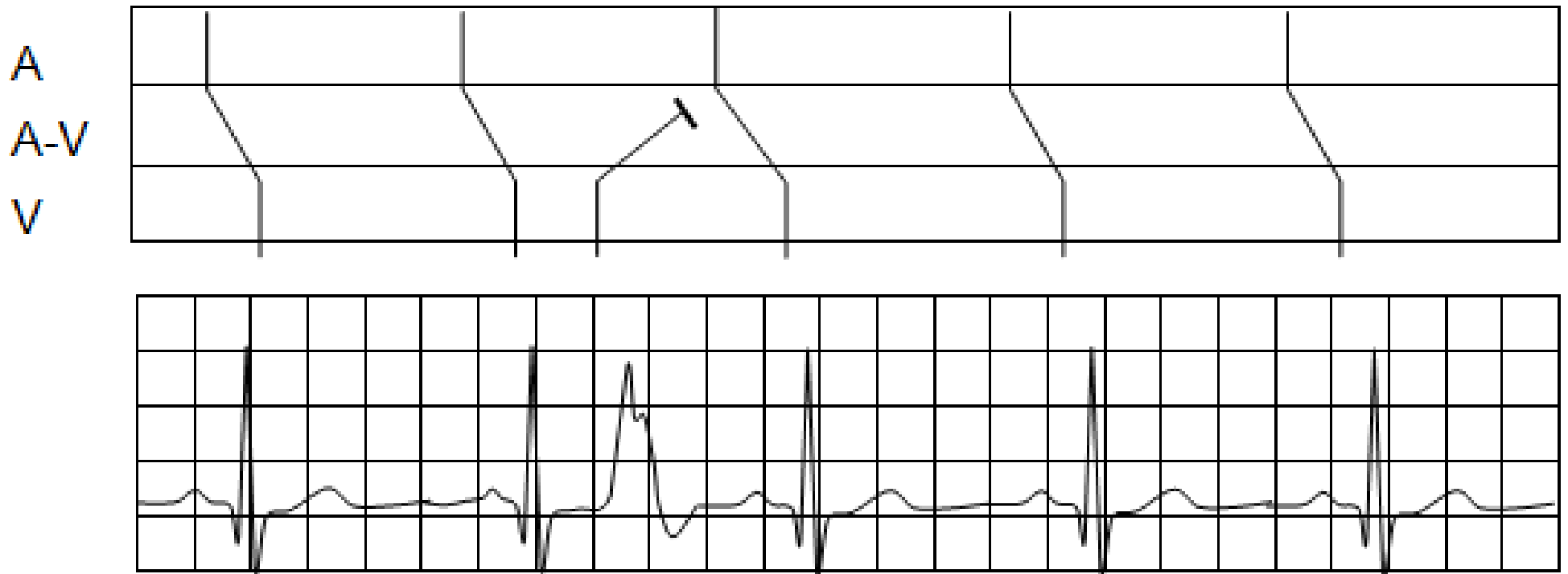
## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẤT (*Ventricular Premature Beats*)



*Ngoại tâm thu thất: phức bộ QRS đến sớm, rộng; Sóng T theo sau phức bộ QRS đến sớm có hướng ngược với hướng của QRS; Thời gian nghỉ bù hoàn toàn*

## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẮT (*Ventricular Premature Beats*)

**NTT/T xen kẽ:** trong trường hợp nhịp chậm, thường không có nghỉ bù, mà khoảng RR'R cũng chỉ bằng một khoảng RR cơ sở, được gọi là NTT/T xen kẽ vào 2 nhát bóp xoang.



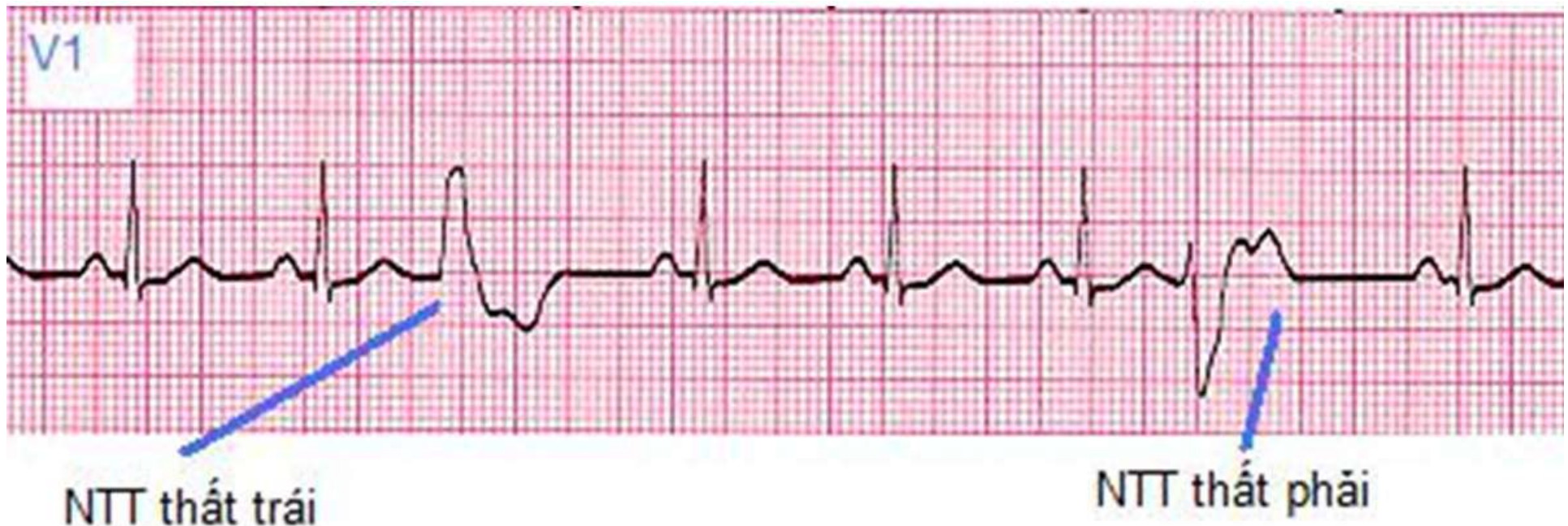
## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẮT (*Ventricular Premature Beats*)

### Định vị NTT/T dựa vào QRS:

+ NTT/T trái: phức bộ NTT/T có dạng block nhánh phải: QRS dương ở V1, âm ở V6.

+ NTT/T phải: phức bộ NTT/T có dạng block nhánh trái: QRS âm ở V1, dương ở V6.

NTT/T phải thường lành tính, NTT/T trái thường không lành tính.

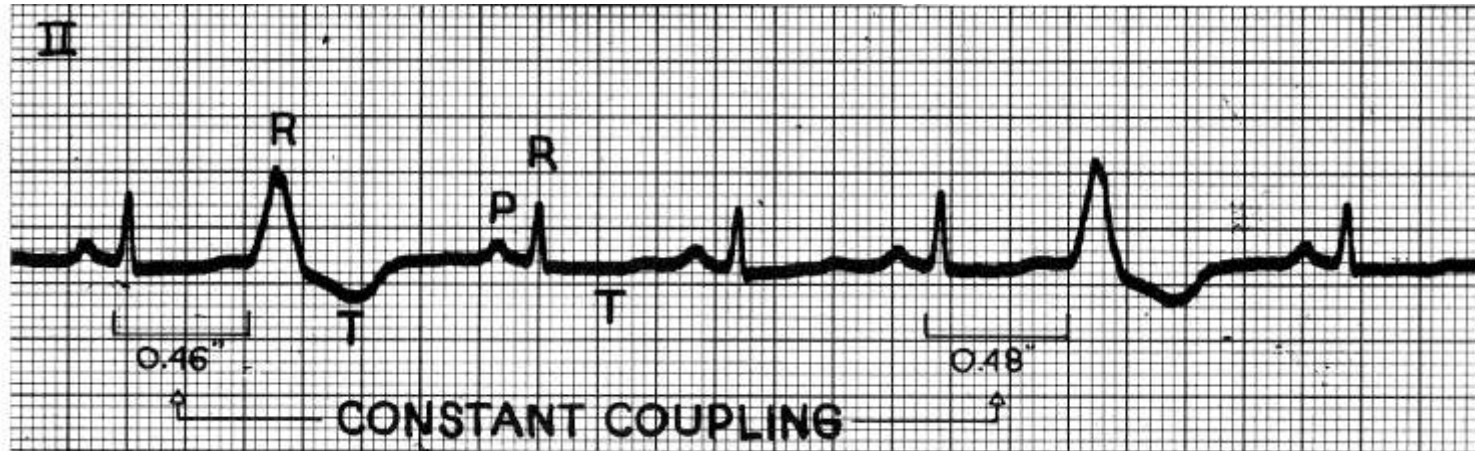




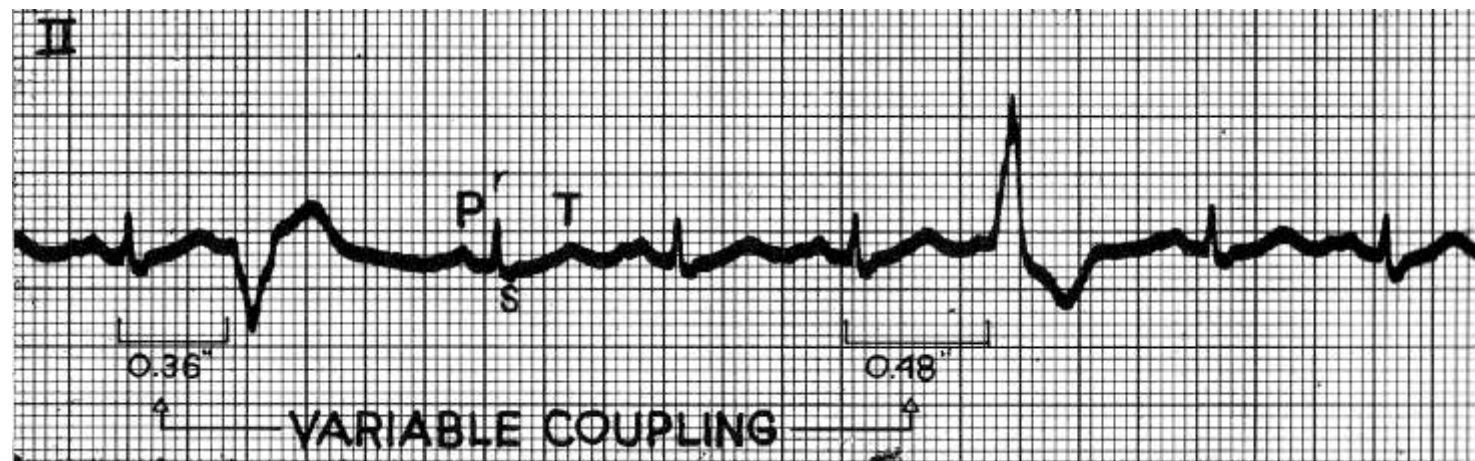
## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẮT (*Ventricular Premature Beats*)

### Một ổ hay đa ổ NTT/T?

**+Một ổ:** khi các NTT/T có khoảng ghép và hình dạng giống nhau



**+Đa ổ:** khi các NTT/T có các khoảng ghép khác nhau, hình dạng khác nhau



## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẮT (*Ventricular Premature Beats*)

### **Kiểu dạng NTT/T:**

- NTT/T nhịp đôi: một nhát xoang – một nhát NTT/T.
- NTT/T nhịp ba: hai nhát xoang – một nhát NTT/T.
- NTT/T cặp đôi: khi có hai NTT/T đi liền nhau.
- Khi có  $\geq 3$  NTT/T đi liền nhau: cơn nhịp nhanh thất.
- NTT/T dạng R/T: (từ đỉnh sóng T đến sườn xuống của sóng T: thời kỳ dễ dễ kích), là NTT/T nguy hiểm nhất, dễ đưa đến nhịp nhanh thất, rung thất.

## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẮT (*Ventricular Premature Beats*)



NTT/T nhịp đôi: một nhát xoang – một nhát NTT/T



NTT/T nhịp ba: hai nhát xoang – một nhát NTT/T

## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẤT (*Ventricular Premature Beats*)



NTT/T nhịp bốn: ba nhát xoang – một nhát NTT/T

## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẤT (*Ventricular Premature Beats*)



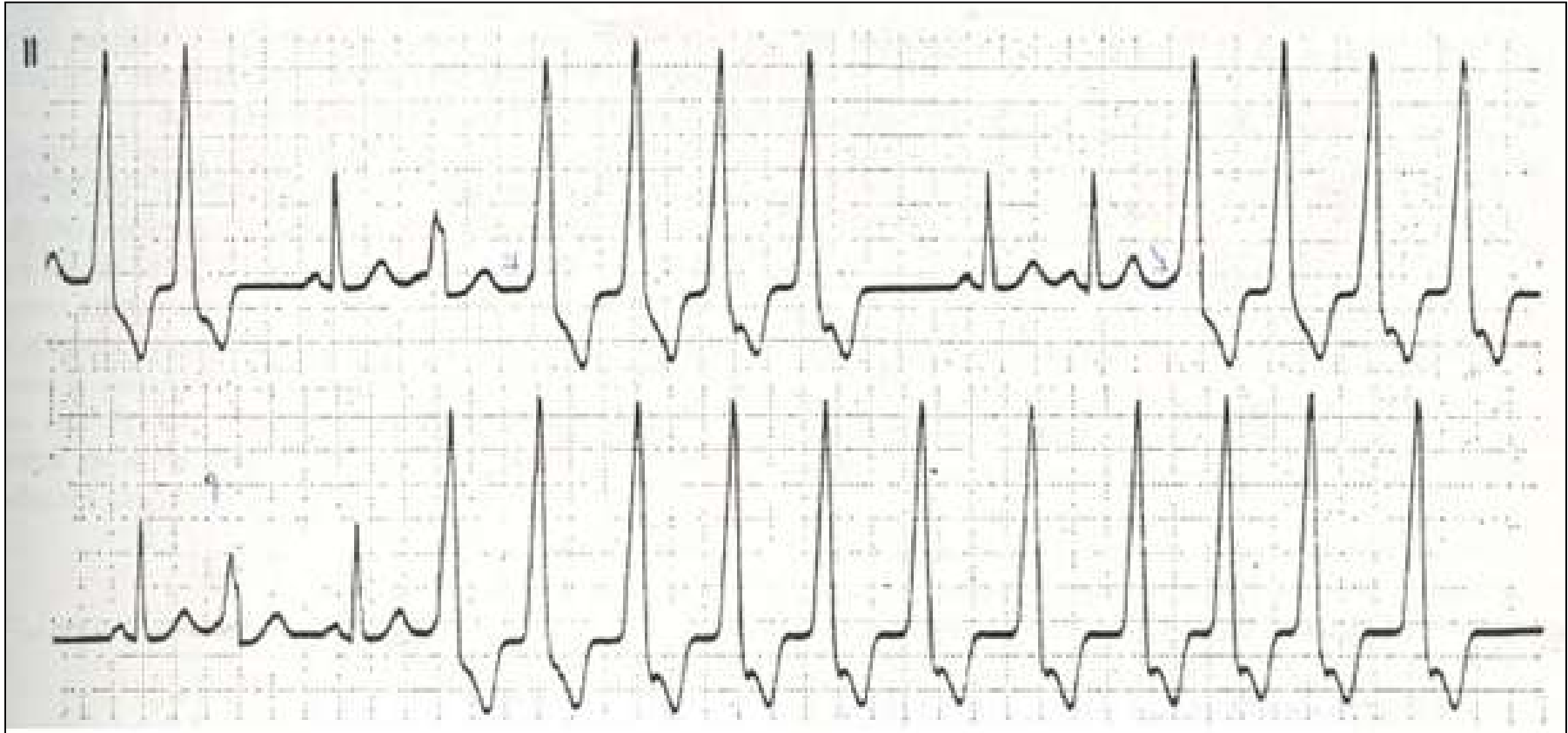
NTT/T cặp đôi: khi có hai NTT/T đi liền nhau

## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẤT (*Ventricular Premature Beats*)



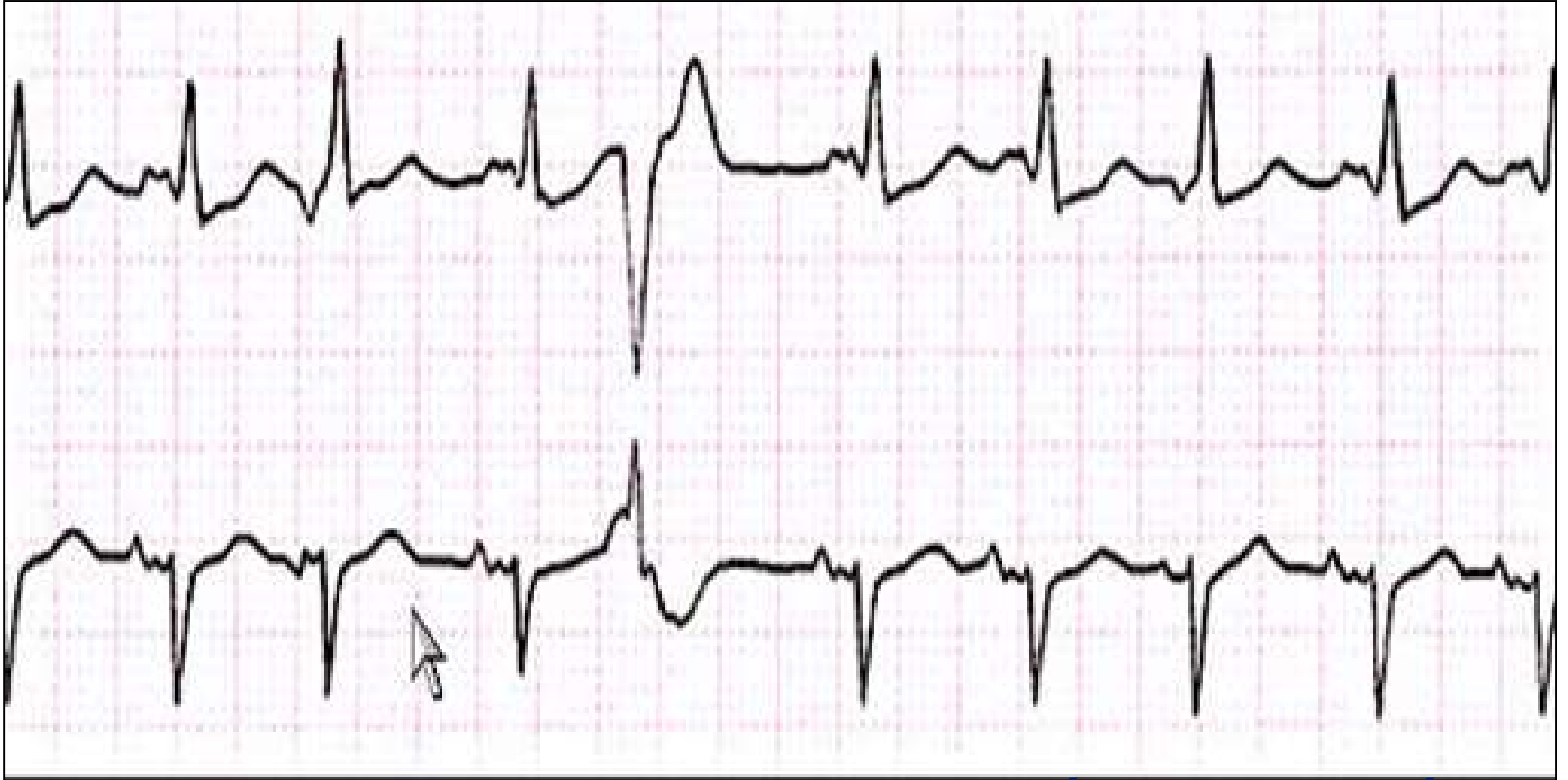
NTT/T cặp ba: khi có ba NTT/T đi liền nhau

## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẤT (*Ventricular Premature Beats*)



**Nhịp nhanh thất:** NTT/T khởi phát cơn nhanh thất. Khi có  $\geq 3$  NTT/T liên tiếp xảy ra được gọi là nhịp nhanh thất. Nhịp nhanh thất kéo dài có thể làm rối loạn huyết động - tụt HA.

## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẤT (*Ventricular Premature Beats*)



NTT/T dạng R/T (từ đỉnh sóng T đến sườn xuống của sóng T: thời kỳ dễ đả kích),



# 6.1. NGOẠI TÂM THU THẤT (*Ventricular Premature Beats*)



**ECG 59** A 50-year-old man who had come to the A & E department with chest pain, collapsed while his ECG was being recorded. What happened and what would you do?

NTT/T dạng R/T → nhịp nhanh thất, rung thất.

## 6.1. NGOẠI TÂM THU THẮT (*Ventricular Premature Beats*)

### **Phân độ NTT/T theo LOWN (Holter ECG 24h):**

- Độ 0: không có NTT/T
- Độ I: <30 NTT/T (một ổ) trong 1 giờ.
- Độ II:  $\geq 30$  NTT/T (một ổ) trong 1 giờ.
- Độ III: NTT/T đa ổ.
- Độ IVa: khi có 2 NTT/T liên tiếp.
- Độ IVb: khi có  $\geq 3$  NTT/T liên tiếp.
- Độ V: NTT/T dạng R/T.

**Trong NMCT cấp:** dễ đưa đến rung thất khi có NTT/T dạng R/T, đa dạng, nhịp đôi, hoặc khi có >6 NTT/T trong 1 phút, NTT/T hàng loạt.

## 6.2. NHỊP NHANH THẮT (*Ventricular Tachycardia*)

Là một dạng rối loạn nhịp nhanh có nguồn gốc từ tâm thất (từ chỗ phân nhánh bó His trở xuống). Cơ bản nhịp tim nhanh TS  $>100$  ck/ph với QRS  $>0,12$ s.

Nhịp nhanh thất thường chẩn đoán nhầm với nhịp nhanh kịch phát trên thất dẫn truyền lệch hướng. Vì vậy, phải xem xét và phân tích kỹ 12 chuyển đạo.

## 6.2. NHỊP NHANH THẤT (*Ventricular Tachycardia*)

### 6.2.1. Nguyên nhân thường gặp:

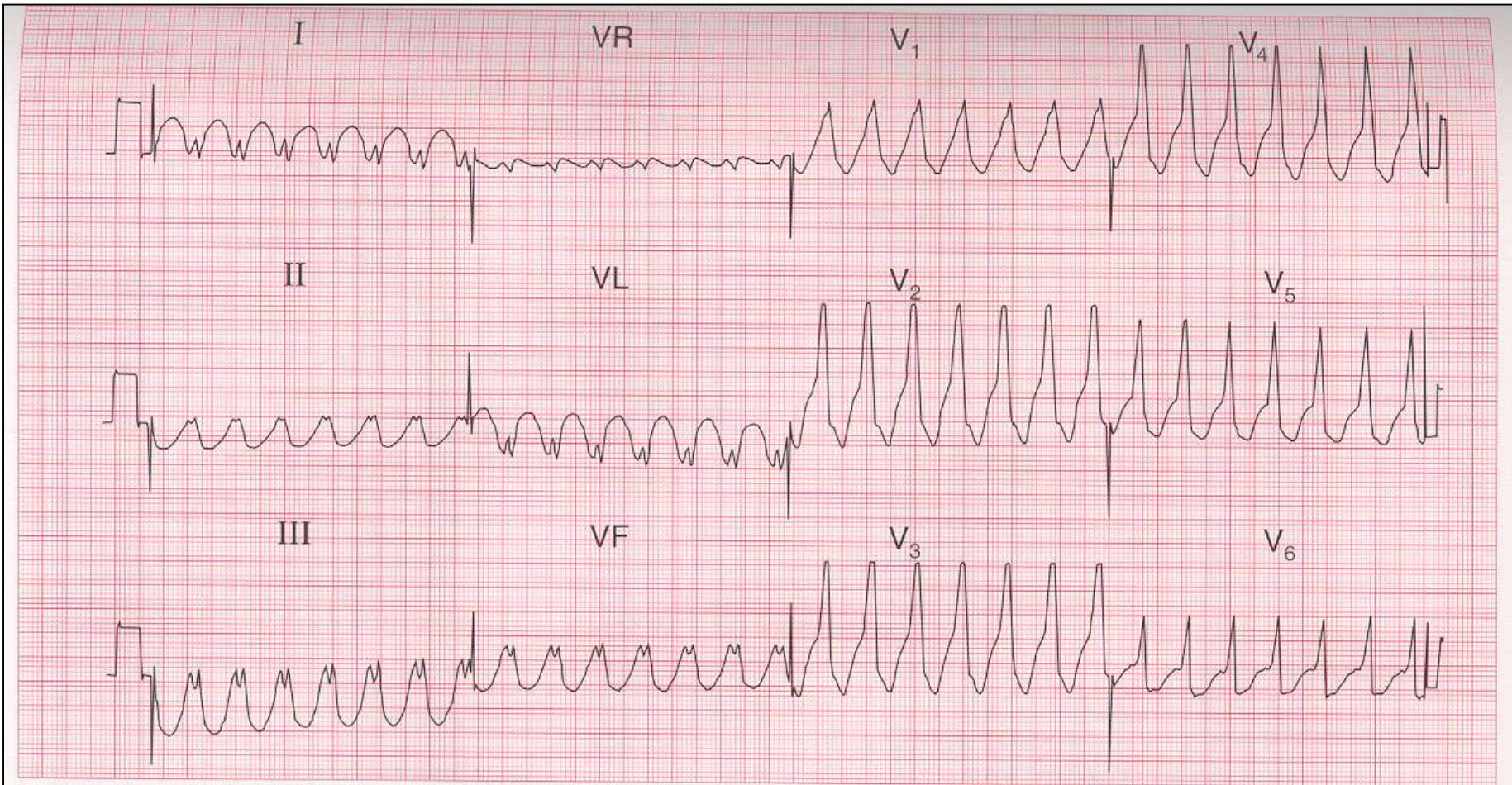
- Bệnh mạch vành
- Bệnh cơ tim giãn
- Loạn sản thất phải
- Do thuốc: đặc biệt thuốc chống loạn nhịp (Digoxin, nhóm I ...), thuốc vận mạch (dopamin, dobutamin), thuốc chống trầm cảm 3 vòng, thuốc gây QT kéo dài đưa đến xoắn đỉnh (Amiodaron), rối loạn điện giải nặng (giảm hay tăng kali máu, giảm magnesium, giảm calci, nhiễm kiềm ...)
- Nhịp nhanh thất cũng có thể xảy ra ở người khỏe mạnh không bị bệnh tim cấu trúc.

## 6.2. NHỊP NHANH THẮT (*Ventricular Tachycardia*)

### **6.2.2. Cơ chế nhịp nhanh thất**

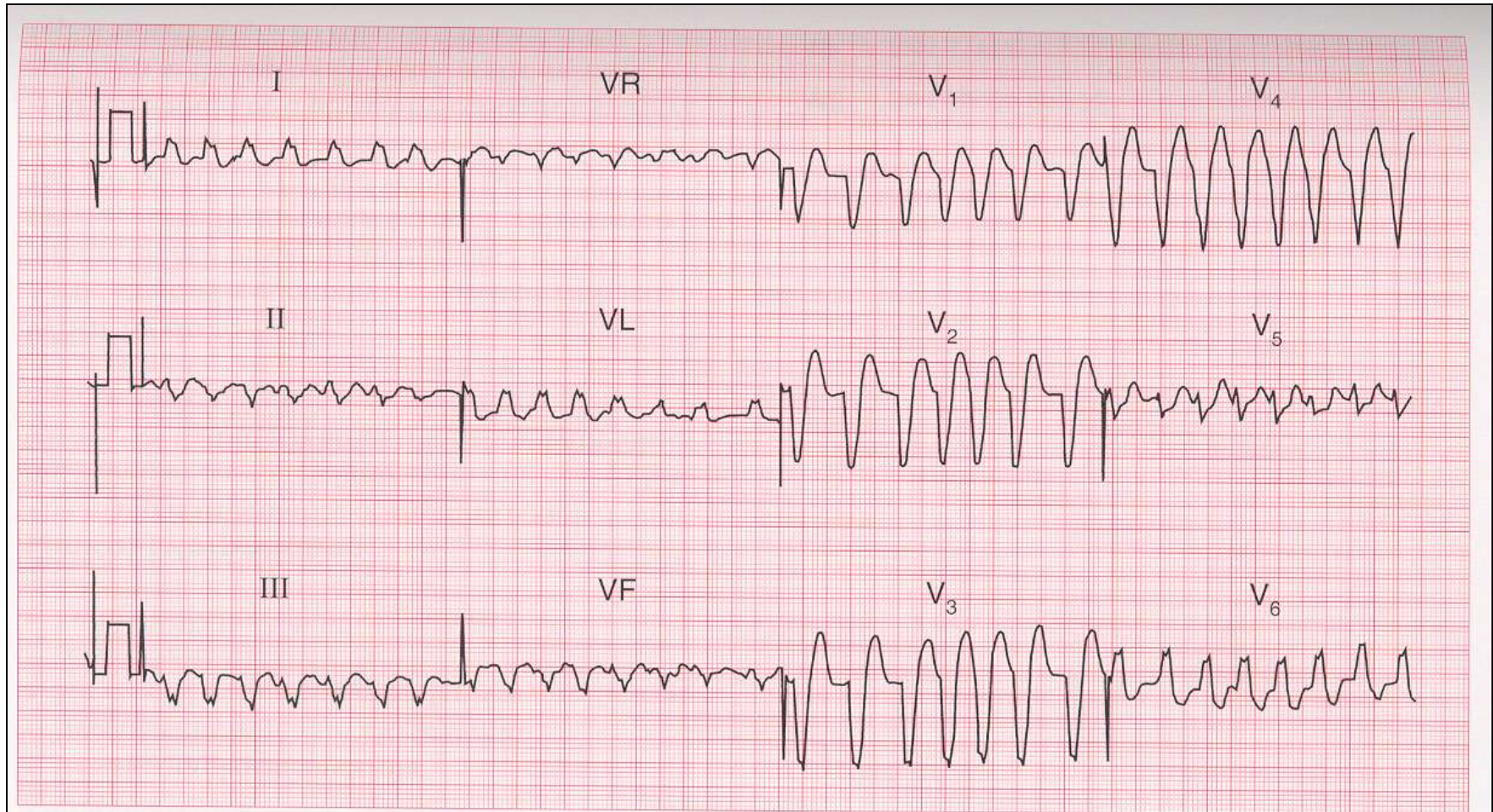
- Thường là do vòng vào lại tại tâm thất (reentry) ở các sợi Purkinje, cũng có thể là vòng vào lại giữa 2 nhánh của bó His.
- Tăng tính tự động (enhanced automaticity)
- Hoạt động nẩy cò (trigger activity)

## 6.2. NHỊP NHANH THẤT (*Ventricular Tachycardia*)



**ECG 60** A 60-year-old man complained of severe central chest pain, and a few minutes later became extremely breathless and collapsed. He was brought to the A & E department where his heart rate was found to be 150/min, his blood pressure was unrecordable and he had signs of left ventricular failure. This is his ECG. What has happened and what would you do?

## 6.2. NHỊP NHANH THẤT (*Ventricular Tachycardia*)



**ECG 76** An 80-year-old woman was admitted to hospital because of a sudden onset of palpitations associated with breathlessness. She was in congestive cardiac failure and had a heart murmur suggestive of aortic stenosis. What does this ECG show and how would you treat her?

## 6.2. NHỊP NHANH THẮT (*Ventricular Tachycardia*)

### 6.2.3. Điện tâm đồ

- Tần số từ 120 - 240 ck/ph
- QRS giãn rộng  $>0,12s$ , biến dạng và có thay đổi thứ phát ST-T, các phức bộ QRS tương đối đều.

Tuy nhiên có khoảng 5% cơn nhịp nhanh thất có QRS hẹp do ổ phát nhịp nằm trên cao phần vách liên thất dễ nhầm với cơn nhịp nhanh trên thất.

- P có tần số chậm hơn QRS (60 - 100 ck/ph) và không có liên hệ với QRS, đây chính là dấu hiệu phân ly nhĩ thất rất quan trọng trong chẩn đoán nhanh thất.

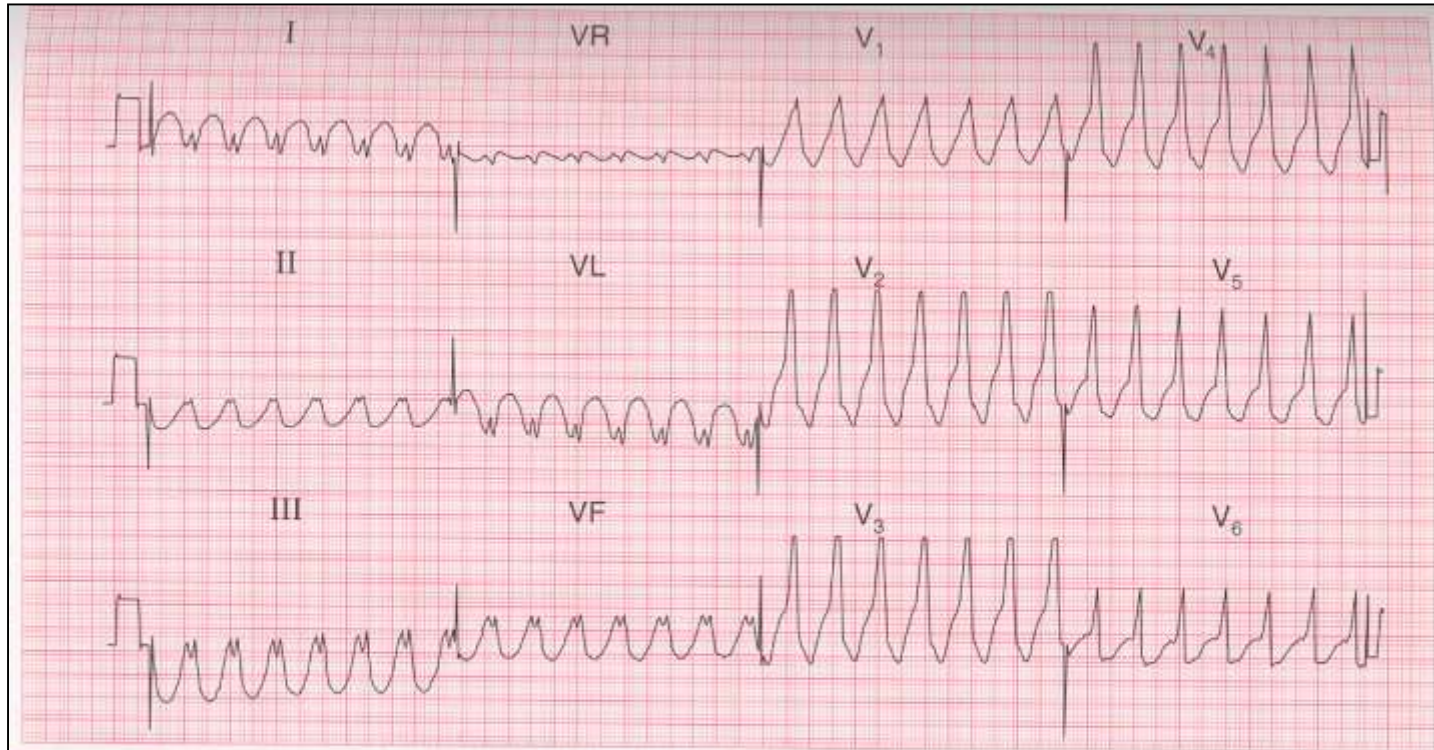


## 6.2. NHỊP NHANH THẤT (*Ventricular Tachycardia*)

### 6.2.3. Điện tâm đồ

- QRS đồng hướng âm hoặc đồng hướng dương ở các chuyển đạo trước tim (nếu đồng âm từ V1 đến V6 → chắc chắn là cơn tim nhanh thất).
- NTT/T ngoài cơn tim nhanh (nếu có) mà hình dạng giống QRS trong cơn thì chắc chắn là nhịp nhanh thất

## 6.2. NHỊP NHANH THẤT (*Ventricular Tachycardia*)



**ECG 60** A 60-year-old man complained of severe central chest pain, and a few minutes later became extremely breathless and collapsed. He was brought to the A & E department where his heart rate was found to be 150/min, his blood pressure was unrecordable and he had signs of left ventricular failure. This is his ECG. What has happened and what would you do?

QRS đồng hướng dương ở các chuyển đạo trước tim → nghĩ nhiều đến nhanh thất).

## 6.2. NHỊP NHANH THẮT (*Ventricular Tachycardia*)

Một số điểm lưu ý:

- Cơ tim nhanh thất xảy ra thường bệnh nhân có cảm giác khó thở tức ép ở ngực, có thể tụt huyết áp, mất mạch.
- Cơ tim nhanh thất kéo dài  $>30s$  gọi là nhịp nhanh thất bền bỉ (sustained VT), nếu  $\leq 30s$  gọi là nhịp nhanh thất không bền bỉ (non-sustained VT).

## 6.2. NHỊP NHANH THẮT (*Ventricular Tachycardia*)

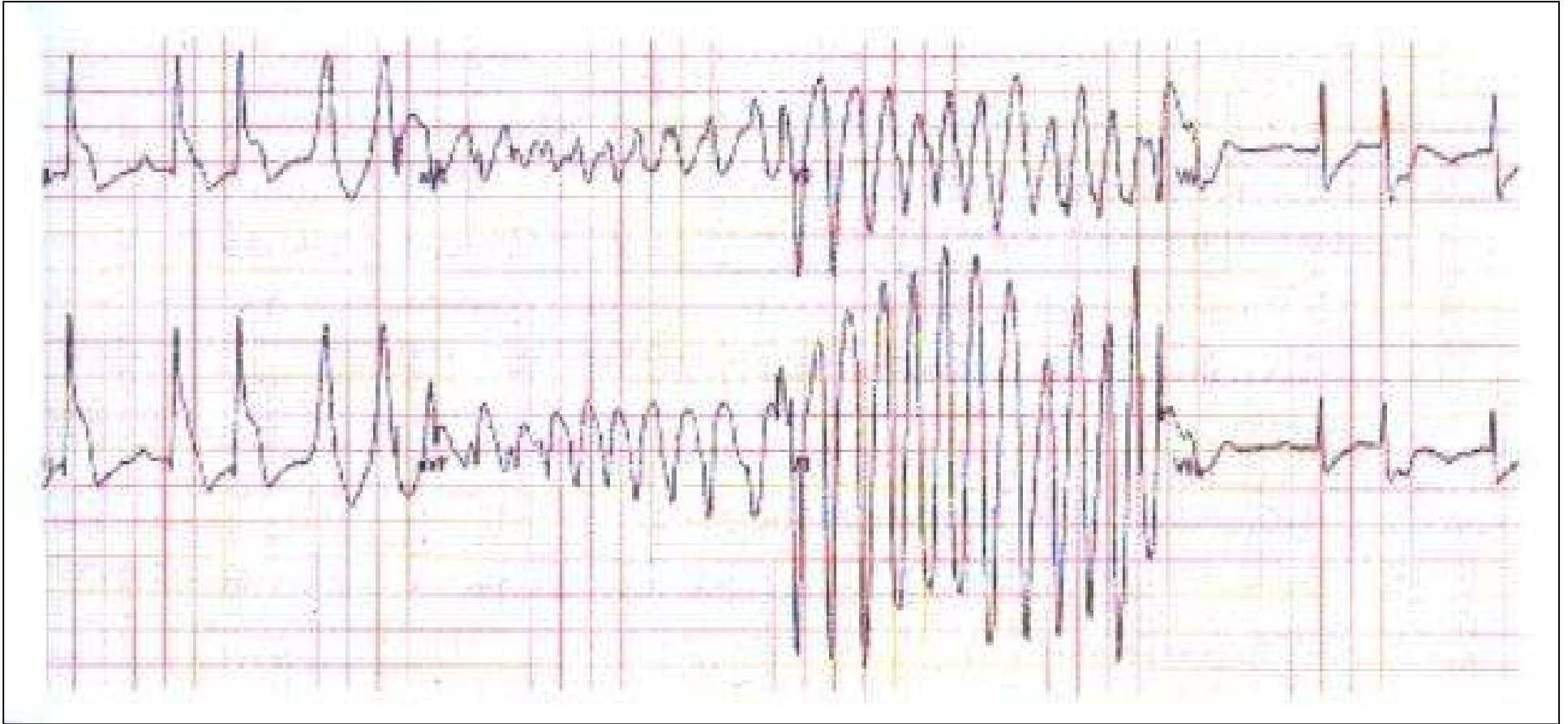
- **Nhịp nhanh thất đơn dạng** (monomorphic VT): các phức bộ QRS trong cơn tim nhanh giống nhau về hình dạng và biên độ.

- **Nhịp nhanh thất đa dạng** (polymorphic VT) có 2 loại:  
+ Loại có QT kéo dài mắc phải (xoắn đỉnh): tần số 200 - 250 ck/ph, QRS rộng, thay đổi về hình dạng, biên độ và chiều hướng (lúc quay lên, lúc quay xuống xoay quanh đường đẳng điện).

Dạng này có thể là bẩm sinh, thường gặp ở người trẻ, có yếu tố gia đình, liên quan đến rối loạn nhiễm sắc thể.

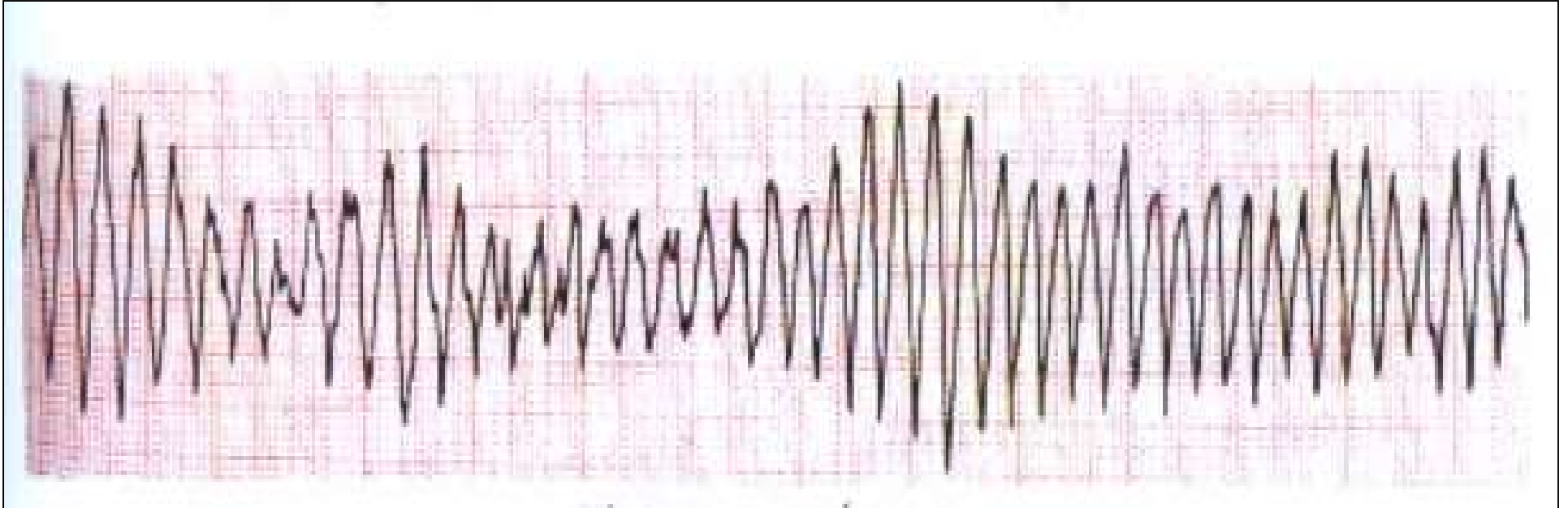
+ Loại có QT bình thường, có thể gặp trong bệnh tim cấu trúc hoặc vô căn

## 6.2. NHỊP NHANH THẤT (*Ventricular Tachycardia*)



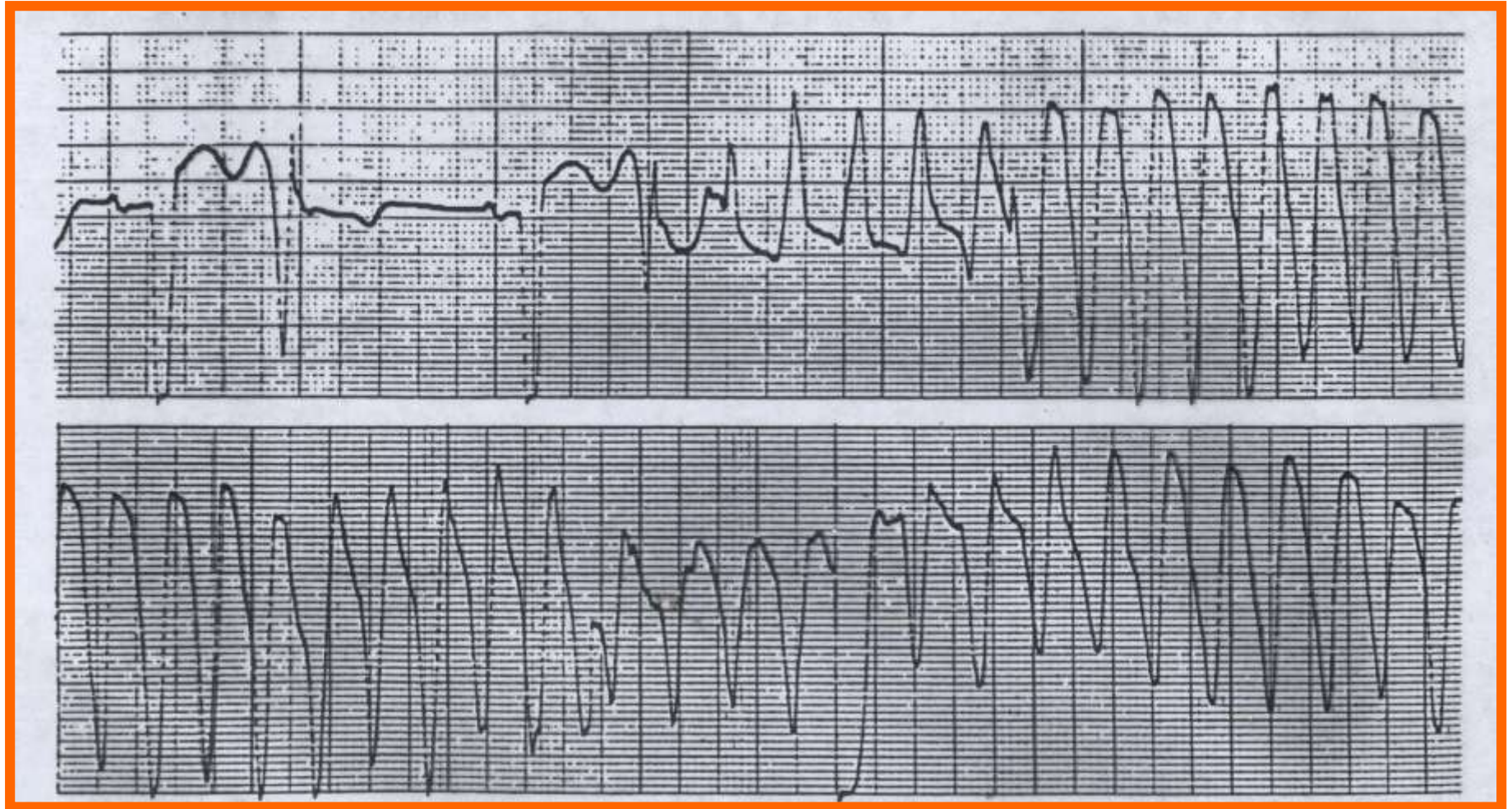
*Nhịp nhanh thất đa dạng*

## 6.2. NHỊP NHANH THẤT (*Ventricular Tachycardia*)



Xoắn đỉnh

## 6.2. NHỊP NHANH THẬT (*Ventricular Tachycardia*)



Xoắn đỉnh

## 6.2. NHỊP NHANH THẮT (*Ventricular Tachycardia*)

*Cần lưu ý một số cơn tim nhanh có QRS giãn rộng nhưng không phải là nhịp nhanh thất:*

- Bloc nhánh có từ trước.
- Dẫn truyền lạc hướng
- Cơn tim nhanh trong W.P.W dẫn truyền theo chiều ngược từ nhĩ qua đường phụ xuống thất rồi trở lại nhĩ qua đường His-nút AV.

Trường hợp không có phân ly nhĩ thất nhưng vẫn là nhịp nhanh thất do có dẫn truyền thất nhĩ 1:1 do vậy có thể nhìn thấy một sóng P đi sau QRS đều đặn.



## 6.2. NHỊP NHANH THẤT (*Ventricular Tachycardia*)

### 6.2.4. Điều trị

#### 6.2.4.1. Nhịp nhanh thất đơn dạng

##### A. Điều trị cấp:

\* Nếu có rối loạn huyết động:

- Còn bắt được mạch: sốc điện đồng bộ 100 - 150 joules (mức điện cực điện tâm đồ của máy sốc và ấn nút đồng bộ «synchronization»).

- Nếu không bắt được mạch (nhịp nhanh thất vô mạch): sốc điện không đồng bộ «nonsynchronization» với liều 200 joules.

## 6.2. NHỊP NHANH THẤT (*Ventricular Tachycardia*)

### 6.2.4. Điều trị

#### 6.2.4.1. Nhịp nhanh thất đơn dạng

##### A. Điều trị cấp:

\*Nếu không có rối loạn huyết động:

- Lidocain 2% tiêm TM 1 - 1,5mg/kg, có thể nhắc lại 2 - 3 lần sau mỗi 10 -15ph, nếu hiệu quả truyền duy trì liều 1 - 2mg/ph, có thể tối đa đến 4mg/ph.

- Có thể dùng Cordarone (3 - 5mg/kg) thường dùng ống 150mg/TM - tiêm chậm trong 10 phút, có thể nhắc lại lần II nếu cần. Sau đó truyền tĩnh mạch với tốc độ 1mg/ph trong 6 giờ, kế tiếp 0,5 mg/ph trong 18 giờ.

## 6.2. NHỊP NHANH THẮT (*Ventricular Tachycardia*)

### 6.2.4. Điều trị

#### 6.2.4.1. Nhịp nhanh thất đơn dạng

##### B. Điều trị duy trì:

- Điều trị duy trì bằng thuốc chống loạn nhịp ở BN đã từng có nhịp nhanh thất kéo dài hoặc ngừng tim sẽ làm giảm tái phát cơn và cải thiện triệu chứng lúc tái phát cơn.
- Nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên chứng minh cấy máy khử rung tự động (ICDs) tốt hơn dùng thuốc, nhưng giá thành còn rất cao.
- Có thể dùng Cordarone uống: liều tấn công 1200 mg/ngày, duy trì 200 mg/ngày  
Hoặc Sotalol 80 – 320 mg/ngày.

## 6.2. NHỊP NHANH THẮT (*Ventricular Tachycardia*)

### 6.2.4. Điều trị

#### 6.2.4.1. Nhịp nhanh thất đơn dạng

#### C. Điều trị cắt đốt qua catheter bằng tần số radio

Phương pháp này điều trị tốt cho nhịp nhanh thất không có bệnh tim cấu trúc như: nhịp nhanh thất vô căn thất trái, nhịp nhanh thất buồng tổng thất phải; ít hiệu quả trong nhịp nhanh thất do BTTMCB.

#### D. Phẫu thuật tim

Được chỉ định cho những nhịp nhanh thất hay tái phát, có triệu chứng, kháng thuốc; thường sau NMCT, rối loạn vận động vùng do sẹo hoặc phình vách thất; hoặc BN không có chỉ định cắt đốt qua catheter bằng tần số radio do huyết động không ổn định hoặc huyết khối thất trái.

## 6.2. NHỊP NHANH THẤT (*Ventricular Tachycardia*)

### 6.2.4. Điều trị

#### 6.2.4.2. Nhịp nhanh thất đa dạng QT dài

##### A. Có QT kéo dài mắc phải (xoắn đỉnh)

+ Nếu có rối loạn huyết động: xử trí tương tự như nhịp nhanh thất đơn dạng.

+ Nếu không rối loạn huyết động:

Dùng Magne sulfat 2 - 4g/TM.

Có thể dùng thuốc rút ngắn thời gian QT:

Isoproterenol truyền TM 1-2 µg/phút

(không dùng Isoproterenol trong BTTMCB và QT dài bẩm sinh)

## 6.2. NHỊP NHANH THẤT (*Ventricular Tachycardia*)

### **6.2.4. Điều trị**

#### **6.2.4.2. Nhịp nhanh thất đa dạng QT dài**

##### **B. Có QT kéo dài bẩm sinh**

Giống như trên, dùng Magne sulfat 2 - 4g/TM.

Điều trị lâu dài QT kéo dài bẩm sinh có thể dự phòng bằng thuốc chẹn beta giao cảm và nên xem xét cấy máy phá rung tự động.

## 6.2. NHỊP NHANH THẮT (*Ventricular Tachycardia*)

### 6.2.4. Điều trị

#### 6.2.4.3. Nhịp nhanh thất đa dạng QT bình thường

Hầu hết nhịp nhanh thất đa dạng có QT bình thường xảy ra trên BN bệnh mạch vành, điều trị giống nhịp nhanh thất đơn dạng và nên xem xét tái tưới máu.

Tuy nhiên, có 2 thể nhịp nhanh thất đa dạng có QT bình thường nhưng không có bệnh mạch vành cũng như bệnh tim cấu trúc:

- Nhịp nhanh thất đa dạng vô căn
- Hội chứng Brugada

## 6.2. NHỊP NHANH THẮT (*Ventricular Tachycardia*)

### 6.2.4. Điều trị

#### 6.2.4.3. Nhịp nhanh thất đa dạng QT bình thường

- Nhịp nhanh thất đa dạng vô căn có 2 nhóm:

+ Nhóm 1: gắng sức gây nhịp nhanh thất → đáp ứng tốt với ức chế beta

+ Nhóm 2: NTT/T gây nên nhịp nhanh thất đa dạng, tỷ lệ đột tử cao, không đáp ứng với ức chế beta mà lại đáp ứng với Verapamil.



## 6.2. NHỊP NHANH THẤT (*Ventricular Tachycardia*)

### 6.2.4. Điều trị

#### 6.2.4.3. Nhịp nhanh thất đa dạng QT bình thường

- Nhịp nhanh thất đa dạng vô căn có 2 nhóm:

+ Nhóm 1: gắng sức gây nhịp nhanh thất → đáp ứng tốt với ức chế beta

+ Nhóm 2: NTT/T gây nên nhịp nhanh thất đa dạng, tỷ lệ đột tử cao, không đáp ứng với ức chế beta mà lại đáp ứng với Verapamil.

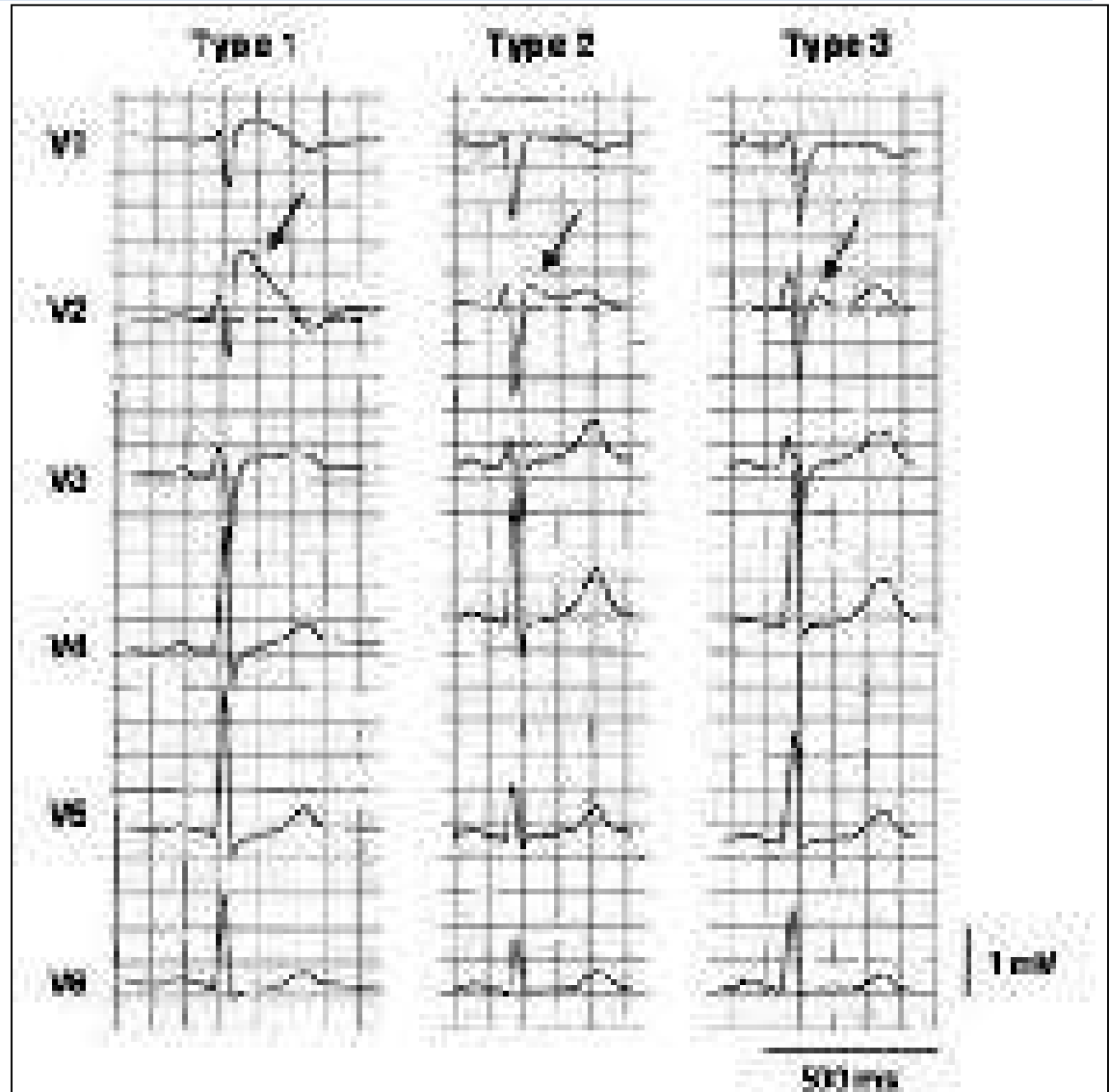
## 6.2. NHỊP NHANH THẮT (*Ventricular Tachycardia*)

### 6.2.4. Điều trị

#### 6.2.4.3. Nhịp nhanh thất đa dạng QT bình thường

- Hội chứng Brugada
- + Thường xảy ra ở BN nam gốc Đông Nam Á
- + ST chênh lên ở các chuyển đạo trước ngực
- + Không bệnh tim cấu trúc, không bệnh mạch vành.
- + Thường gây đột tử
- + Điều trị tốt nhất bằng cấy máy phá rung tự động

## 6.2. NHỊP NHANH THẤT (*Ventricular Tachycardia*)



Hội chứng Brugada

## 7. CUỒNG THẮT VÀ RUNG THẮT (*Ventricular Flutter and Fibrillation*)

Cuồng thất (ventricular flutter) và rung thất (ventricular fibrillation) là những rối loạn nhịp tim ác tính, BN có thể tử vong trong vòng 3-5 phút nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. BN thường mất ý thức, hôn mê và co giật, suy hô hấp, mất mạch và huyết áp.

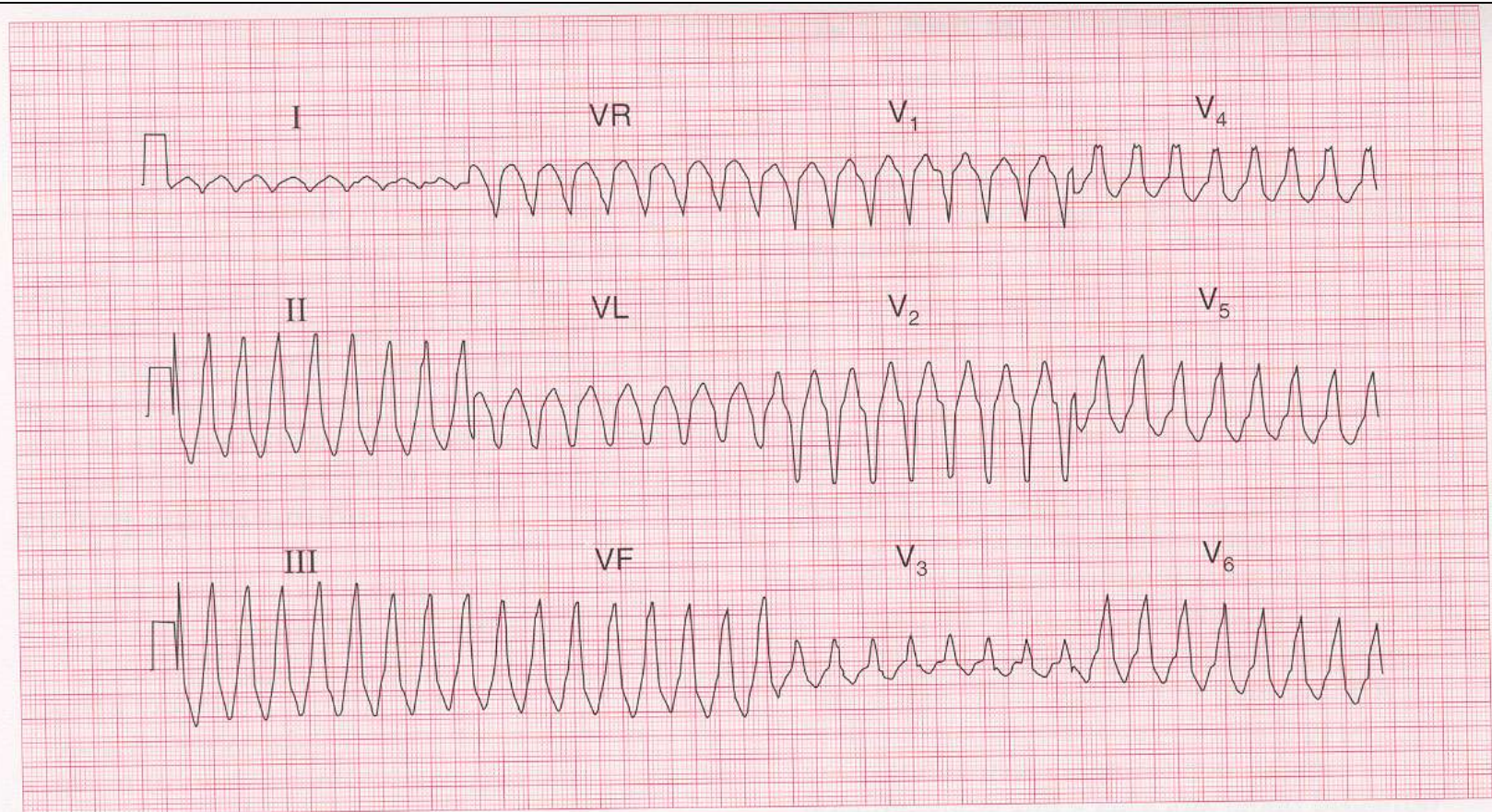
## 7. CUỒNG THẮT VÀ RUNG THẮT (*Ventricular Flutter and Fibrillation*)

### **A. Điện tâm đồ:**

- Cuồng thất: thể hiện bằng những dao động hình sin, khá đều, tần số 150-300 ck/ph, đôi khi khó phân biệt với nhịp nhanh thất có tần số nhanh.

- Rung thất: nhịp hoàn toàn không đều về thời gian, biên độ và hình dạng, khó phân biệt đầu là P, QRS, T. Rung thất sóng nhỏ (< 2mm) rất dễ nhầm với vô tâm thu, đây là tình huống có tiên lượng xấu.

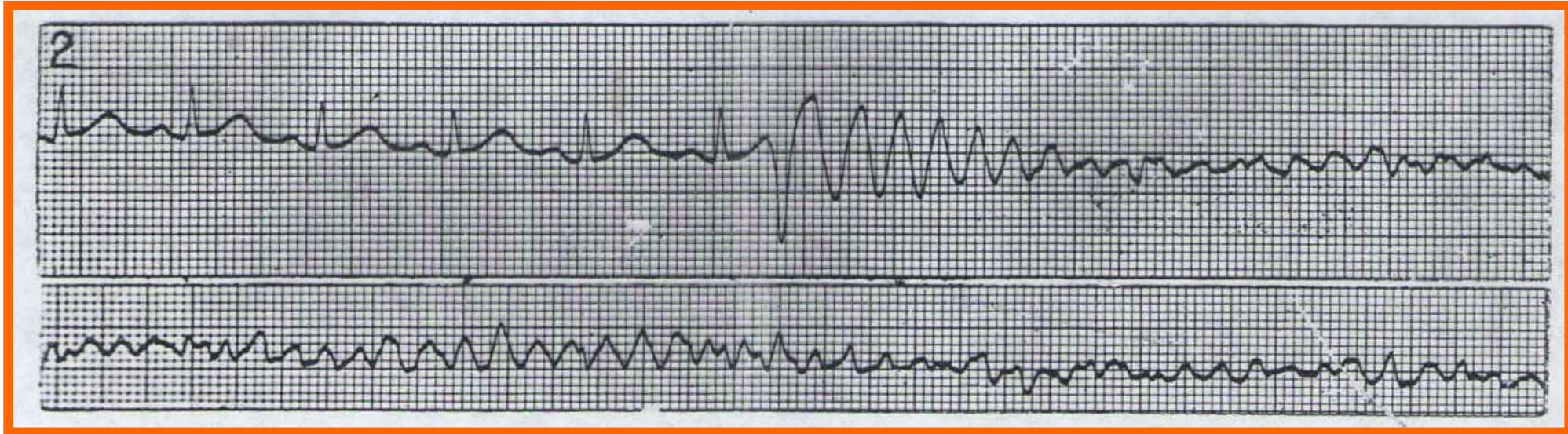
# 7. CUỒNG THẮT VÀ RUNG THẮT (*Ventricular Flutter and Fibrillation*)



**ECG 123** A 30-year-old man, who had had attacks of palpitations for several years, was seen during an attack, and this ECG was recorded. He was breathless and his blood pressure was unrecordable. What does the ECG show and how should he be treated?

## Cuồng thất

## 7. CUỒNG THẮT VÀ RUNG THẮT (*Ventricular Flutter and Fibrillation*)



Rung thất

# 7. CUÔNG THẮT VÀ RUNG THẮT (*Ventricular Flutter and Fibrillation*)

## **B. ĐIỀU TRỊ CẤP CỨU**

+ Trước đây: sốc điện 3 lần, với mức năng lượng tăng dần (200 – 300 – 360 J) xen kẽ những chu kỳ HHNT - ép tim ngoài lồng ngực.

+ Khuyến cáo của ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) & AHA (2015): sốc điện 1 lần duy nhất.

Mục đích: hạn chế khoảng thời gian phải ngừng ép tim ngoài lồng ngực để sốc điện. Nếu dùng máy sốc điện 1 pha, thì đánh sốc 360J, nếu dùng máy sốc điện 2 pha, thì đánh sốc 200J. Ở trẻ em, đánh cú sốc điện đầu 2J/kg, những lần sau liều 4J/kg.



# KẾT LUẬN

- + Khi tiếp cận một ECG có bất thường, bác sĩ cần kết hợp với bệnh cảnh lâm sàng (đặc biệt tình trạng rối loạn huyết động và ý thức) để kịp thời phát hiện những tình huống cấp cứu cần xử lý ngay hay có thể trì hoãn.
- + Một số điểm cần lưu ý ngay khi đọc ECG:
  - Tần số: quá nhanh hoặc quá chậm? Đều hay không đều?.
  - Có phải nhịp xoang hay không?
  - Phức bộ QRS có rộng không?
- + Cần nắm rõ một số thuốc hoặc phương pháp cấp cứu cấp thời và có kế hoạch dự phòng tái phát.

# CHÂN THÀNH CẢM ƠN

