

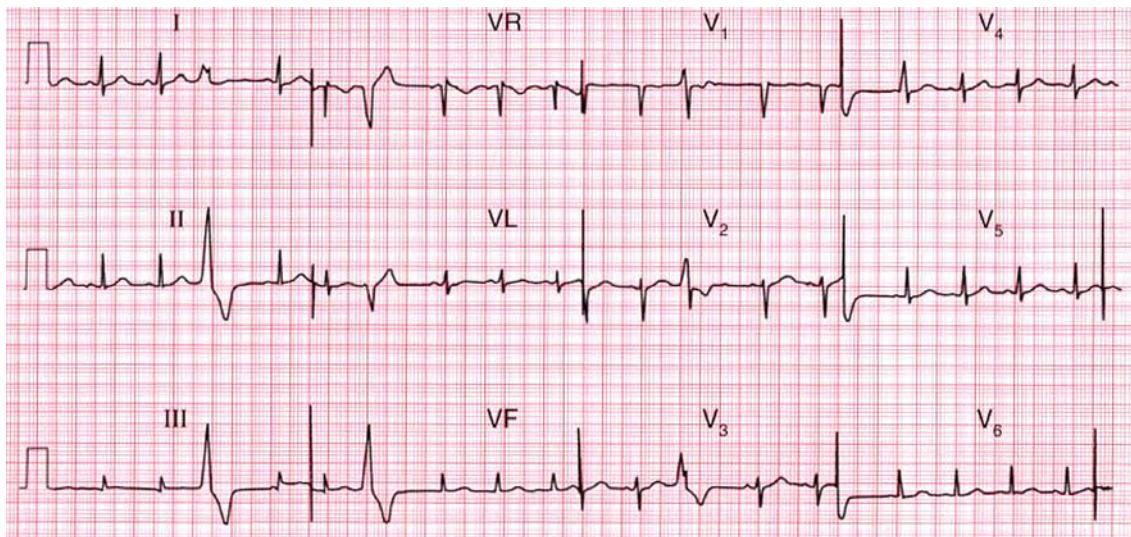
150 vấn đề về điện tâm đồ

John R.Hampton

Người dịch : Trần Tuấn Anh

Bác sĩ bệnh viện quân y 17 Đà Nẵng

Email : Drtrantuananh30121986@gmail.com



ECG1:Điện tâm đồ này được ghi nhận từ một người phụ nữ mang thai 25 tuổi than phiền về một nhịp tim bất thường.Nghe tim thai cho thấy một tiếng thổi tâm thu nhẹ nhưng các cơ quan khác bình thường.điện tâm đồ thể hiện những gì và bạn sẽ làm gì?

Trả lời 1

Điện tâm đồ cho thấy:

- nhịp xoang đều
- ngoại tâm thu thất
- trực bình thường
- phức hợp QRS và sóng T bình thường

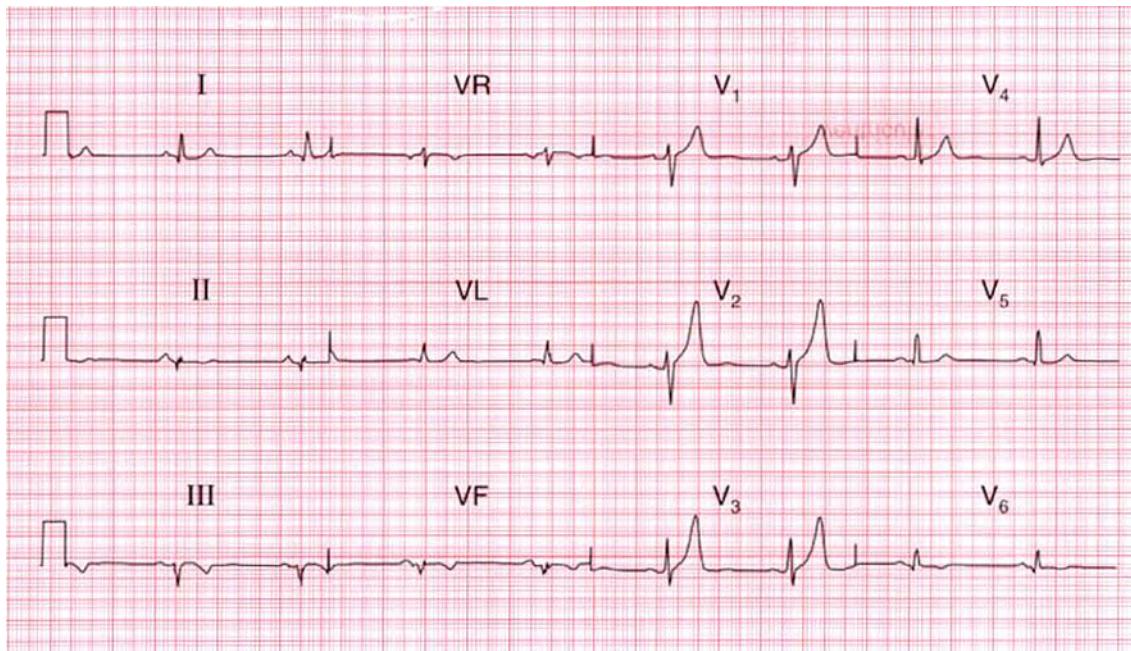
giải thích lâm sàng

Các ngoại tâm thu xuất hiện khá thường xuyên còn các vấn đề khác của điện tim đồ thì hoàn toàn bình thường. Ngoại tâm thu thất rất phổ biến trong thời kỳ mang thai, và tiếng thổi tâm thu cũng thường xuất hiện . Trái tim cô gần như chắc chắn bình thường.

Bạn làm gì

Hãy nhớ rằng thiếu máu là một nguyên nhân phổ biến gây ra tiếng thổi tâm thu. Nếu còn nghi ngờ về tiếng thổi thì siêu âm tim sẽ giải quyết được vấn đề này,nhưng điều này không cần phải được thực

hiện ở tất cả các phụ nữ mang thai, nhịp xoang có ngoại tâm thu - Tốt nhất là kiểm tra tiếng thổi sau khi sinh. Bệnh nhân cần được trấn an và ngoại tâm thu không cần điều trị



ECG 2 Một người đàn ông 60 tuổi đã được xem như một bệnh nhân ngoại trú, phàn nàn về đau khó thở vùng giữa ngực khi gắng sức. Ông không bao giờ đau ở các vùng khác. Điện tâm đồ này chỉ ra điều gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

Điện tâm đồ cho thấy:

- nhịp xoang đều
- trực bình thường
- sóng Q nhỏ trong đạo trình II, III, VF
- sóng T hai pha đạo trình II, V6;

sóng T âm III, VF

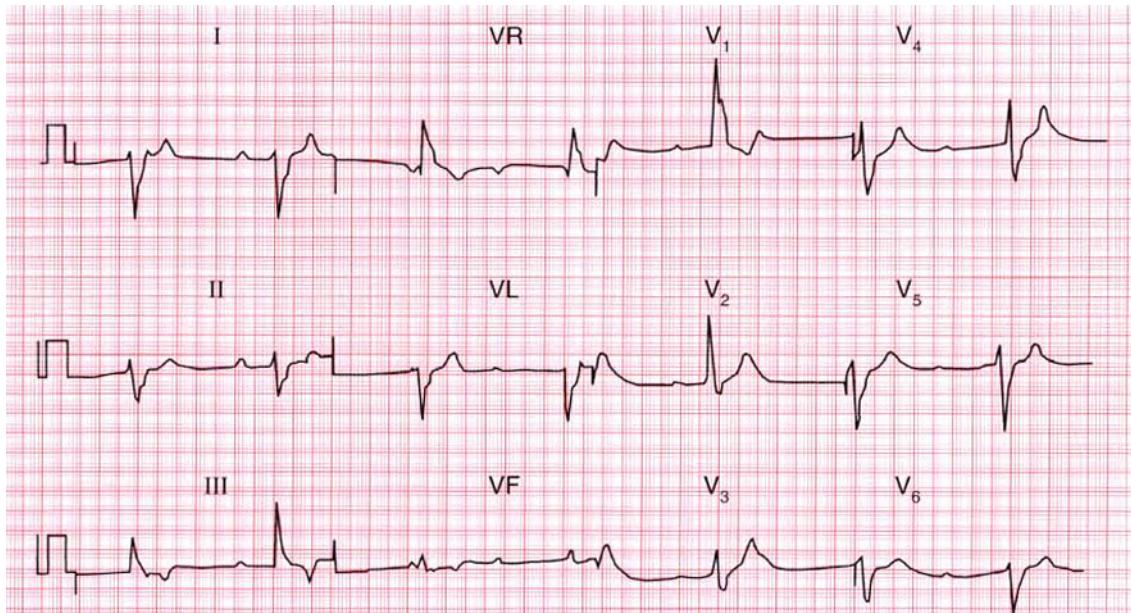
- sóng T cao nhọn V1-V2

Giải thích lâm sàng

Sóng Q của các đạo trình sau dưới với sóng T đảo ngược, là chỉ điểm của một nhồi máu cơ tim cũ thành dưới. Trong khi sóng T cao nhọn đối xứng ở đạo trình phía trước có thể do tăng kali máu, hoặc thiếu máu cục bộ,

Bạn phải làm gì ?

Bệnh nhân này dường như đã từng bị thời điểm trước đây nhồi máu cơ tim vào một thời điểm trước đây. Cái đau ngực mơ hồ của ông ấy có thể liên quan đến thiếu máu cơ tim. Phải chú ý đến các yếu tố nguy cơ(hút thuốc, tăng huyết áp, cholesterol máu), và ông ta có lẽ cần điều trị dài ngày bằng aspirine và statin . Cần làm test gắng sức để có quyết định đúng nhất liệu anh ta có cần can thiệp mạch vành không.



ECG3 :một người đàn bà 80t,trước đây có xuất hiện vài cơn hoa mắt chóng mặt làm bà ta ngã và gãy xương chậu. Bà ấy tự khám thấy có những nhịp chậm,và trên đây là ECG của bà ấy.bác sĩ phẫu thuật muốn phẫu thuật càng sớm càng tốt nhưng bác sĩ gây mê thì không.ECG này chỉ ra điều gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời 3

Điện tim chỉ ra :

_ block A-V độ 3

_nhịp thất 45 ck/p

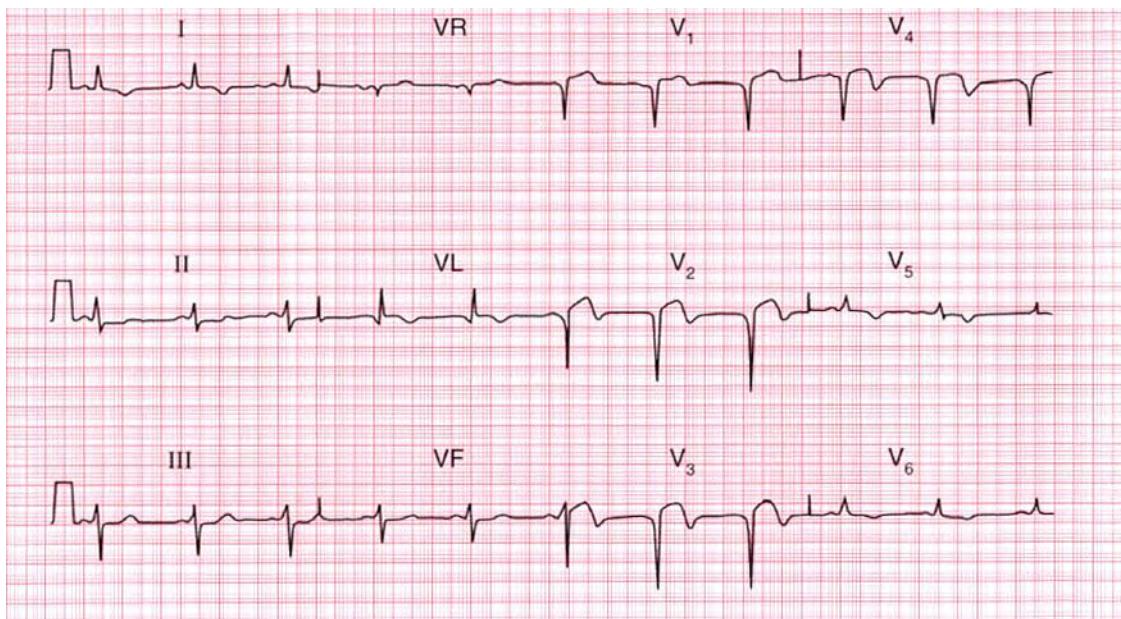
Điễn giải lâm sàng

Bloc tim hoàn toàn là không có sự liên quan giữa sóng p (nhip sóng p 70ck/p) và phức bộ QRS.Nhip thoát thất với phức bộ QRS giãn rộng và biến đổi khác thường của sóng T.Không có giải thích gì hơn ở điện tâm đồ này.

Bạn sẽ làm gì

Trong tiền sử trước đây của bà ấy thiếu vắng sự gợi ý của một nhồi máu cơ tim,,bà ta gần như chắc chắn là bloc tim mạn tính : cú ngã của bà ấy có thể hoặc không là kết quả của cơn adam-stock.Bà ấy cần được tạo nhịp Vĩnh viễn,lý tưởng nhất đầu tiên lúc mắc bệnh thì tạo nhịp tạm thời sau đó tạo

nhịp tĩnh viễn.Nếu tạo nhịp tĩnh viễn chưa thể làm ngay thì một tạo nhịp tạm thời là cần thiết trước phẫu thuật .



ECG 4:một người đàn ông 50 tuổi xuất hiện đau vùng giữa ngực cách đây 18 tiếng.Điên tim chỉ ra điều gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời 4

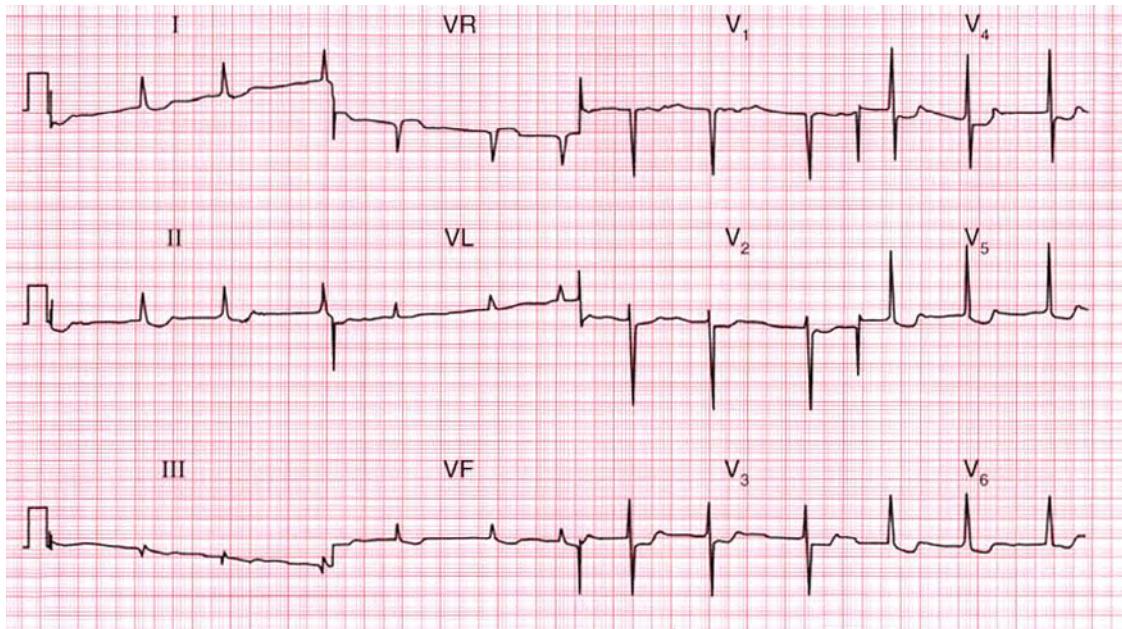
- Nhịp xoang
- trục bình thường
- sóng Q ở đạo trinh V2-V4
- đoạn ST chênh lên V2-V4
- sóng T âm tính I, aVL, V2-V6

Điều giải lâm sàng

đây là hình ảnh nhồi máu cơ tim cấp vùng trước

bạn phải làm gì ?

Hơn 18h kể từ khi bắt đầu đau ngực vì vậy bệnh nhân này đã quá giới hạn cho tiêu sợi huyết..Tuy nhiên nếu ông ta vẫn còn đau ngực và có vẻ không khỏe thì việc điều trị tiêu huyết khối cần đưa ra trừ khi có lý do chính đáng để không làm. Và trong trường hợp này thì ông ta cần được giảm đau và aspirin và cần phải nhập viện theo dõi.



ECG5 : điện tim ghi được ở bệnh nhân nữ 50t bị bệnh thấp tim. Cô ấy đã bị suy tim nhưng cô ấy đã điều trị và cô ấy đã không còn khó thở. điện tim này chỉ ra điều gì và bạn cần hỏi cô ấy điều gì ?

Trả lời 5 :

Điện tim chỉ ra

- Rung nhĩ với đáp ứng thất 60-65 ck/p
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Lồi lên sóng U ở đạo trình V2
- Đoạn ST chênh lõm xuống ,nhìn thấy rõ ở V5,V6

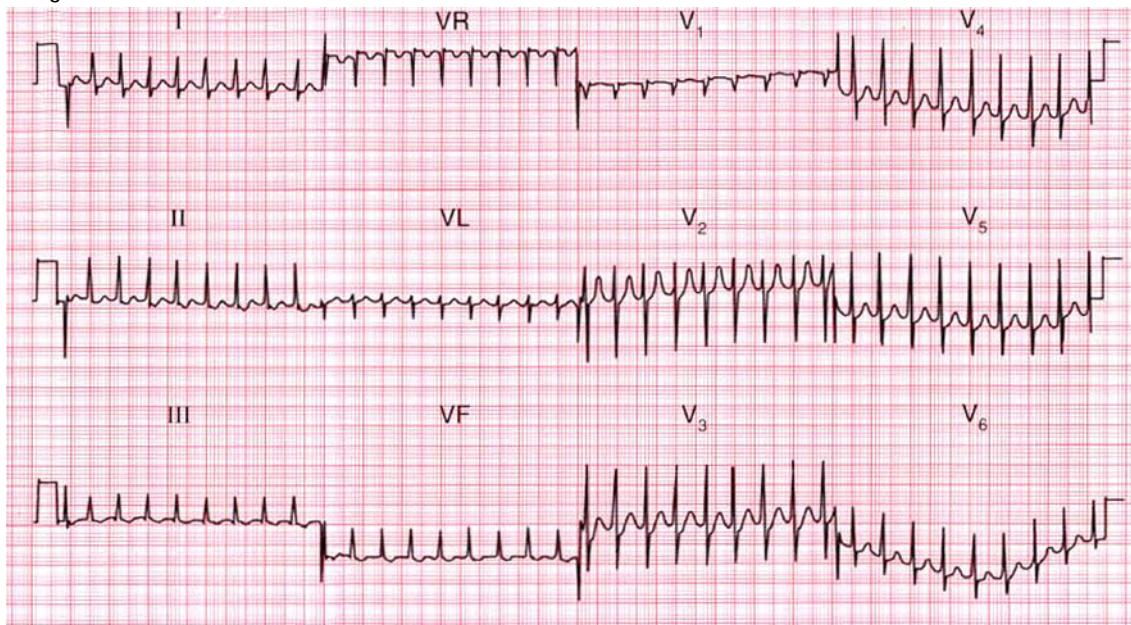
DIỄN GIẢI LÂM SÀNG

Các đoạn ST chênh lõm xuống đánh dấu dấu hiệu ngộ độc digoxin. Nhịp thất xem như đã kiểm soát tốt . Sự lồi lên sóng U ở đạo trình DII có thể là tăng kali máu.

BẢN LÂM GI

Hỏi bệnh nhân về ăn uống của cô ta : dấu hiệu sớm của ngộ độc digoxin là chán ăn kèm theo cảm giác buồn nôn và nôn. Nếu bệnh nhân đang điều trị bằng lợi tiểu , kiểm tra nồng độ kali máu,một nồng độ kali thấp sẽ làm tăng ngộ độc digoxin.Nếu còn nghi ngờ,định lượng nồng độ digoxin máu tiến hành dễ

dàng



ECG6 : một người phụ nữ 26t phàn nàn về triệu chứng hồi hộp trước đây của cô ta. Điện tâm đồ chỉ ra cái gì và bạn cần làm gì ?

ĐIỄN TIM CHỈ RA :

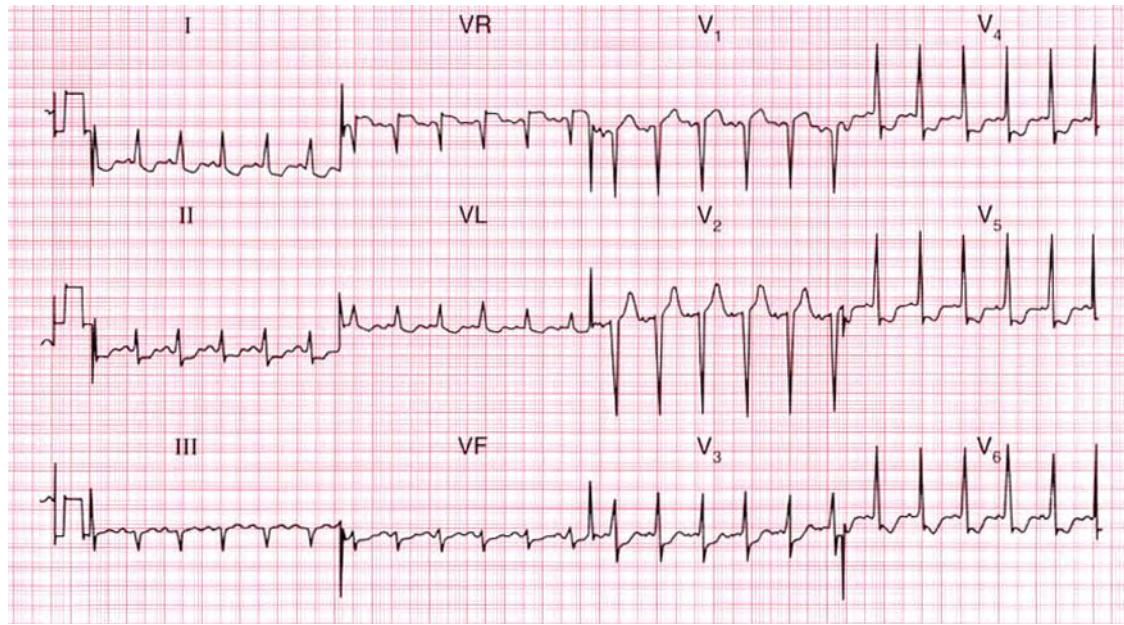
- Nhịp tim nhanh với các phức bộ hẹp ,tần số 200ck/p
- Không nhìn thấy sóng p
- Trục bình thường
- Các phức bộ QRS đều nhau
- Phức bộ QRS, đoạn ST và sóng T bình thường

ĐIỄN GIẢI LÂM SÀNG

đây là nhịp nhanh trên thất , và không nhìn thấy sóng p nên đây là nhịp nhanh bộ nối hoặc nhịp nhanh nút nhĩ thất.

BẠN PHẢI LÀM GÌ ?

Nhịp nhanh bộ nối là phổ biến gây ra cơn nhịp nhanh kịch phát ở người trẻ và có lẽ nó giải thích cho cái hồi hộp của cô ta trước đây.khi nhịp nhanh bộ nối xuất hiện có thể chấm dứt nó bằng vài thao tác kích thích thần kinh phế vị : thao tác valsava ,ấn xoang động mạch cảnh,úp mặt vào chậu nước lạnh. Nếu không hiệu quả tiêm blus adenosin tĩnh mạch. Thời gian bán hủy adenosin rất ngắn nhưng có thể gây đỏ bừng và cơn hen.Nếu adenosin vẫn không hiệu quả thi tiêm blus 5-10mg verapamil thường sẽ đưa về nhịp xoang.Nếu không, sốc chuyển nhịp được chỉ định.



ECG7 : điện tâm đồ ở bệnh nhân nam 55t, ông ta đã bị một cơn đau ngực nghỉ trong 6h.không có dấu hiệu làm sảng bất thường.Điện tim ông ta chỉ ra cái gì và bạn làm gì để quản lý tình trạng của ông ta.

Trả lời

ECG chỉ ra:

- nhịp xoang
- trục bình thường
- phức bộ QRS bình thường
- đoạn ST đi xuống và ngang ở V3,V4,đi dốc xuống ở DI,AVL,V5,V6

Điều giải lâm sàng

Điện tâm đồ là tâm đồ là thiếu máu thành trước và thành bên,không có dấu hiệu nhồi máu . Kết hợp với tiền sử làm sảng ,chẩn đoán gần như chắc chắn là đau thắt ngực không ổn định.

Bạn làm gì

Không có bằng chứng về sự có lợi của tiêu huyết khối. bệnh nhân nên được dùng aspirin, heparin tĩnh mạch và nitrat . Tại thời điểm ghi điện tim bệnh nhân có nhịp xoang nhanh(130 ck/p),nếu điều này không được giải quyết thì chẹn beta đường tĩnh mạch có thể được sử dụng



ECG8 : 3 đạo trình (đều ghi ở DII) ở 3 bệnh nhân khác nhau. Tất cả họ đều phàn nàn vì khó thở. Những triệu chứng gì mà họ có thể đã có, chuẩn đoán gì có thể xem xét và điều trị của bạn có thể làm ?

Trả lời

Điện tim đồ chỉ ra

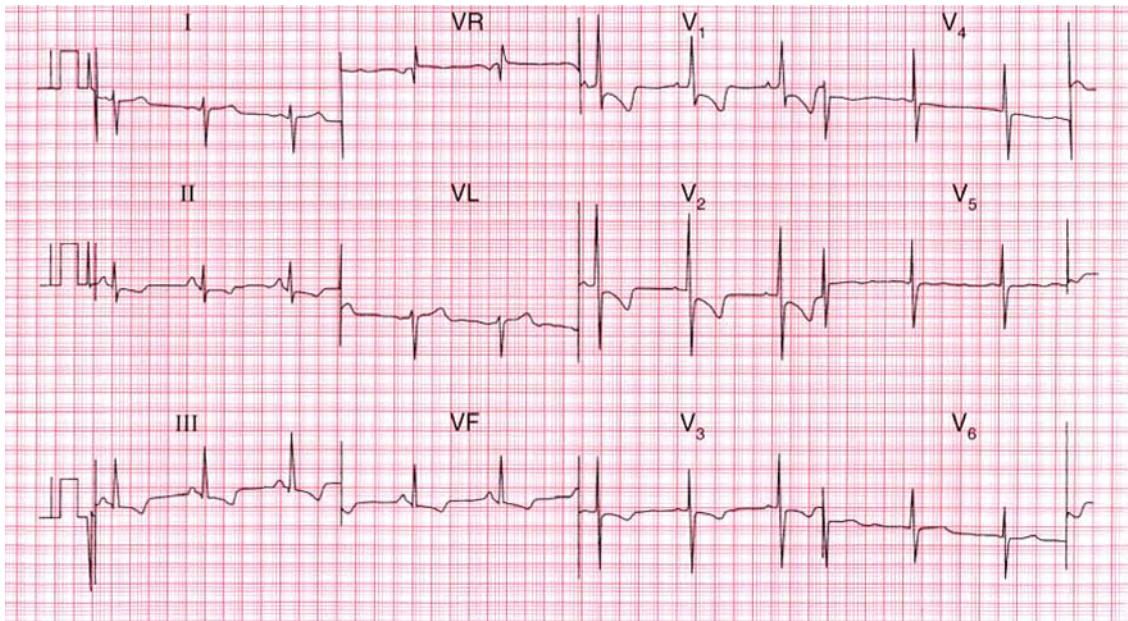
- Ở điện tim (a) không thể nhìn thấy sóng P và đường cơ bản không đều. phức bộ QRS rộng ,đều và rất chậm.Đây là rung nhĩ với bloc hoàn toàn.
- Ở điện tim (b) trong các nhịp dẫn thì khoảng cách PR là không đổi. vì vậy đây là nhịp xoang với bloc AV độ II (2:1). Sóng nhỏ thứ 2 xuất hiện sau sóng R không phải là sóng P mà là một phần của phức bộ QRS.
- Ở điện tim (c) không có mối liên hệ cố định giữa sóng P và phức bộ QRS,vì vậy đây là bloc tim hoàn toàn (bloc độ III)

Điễn giải lâm sàng

Các đạo trình đơn độc chỉ có thể sử dụng để xác định nhịp điệu,và giải thích thêm là không đáng tin cậy.

Bạn phải làm gì ?

Tất cả bệnh nhân có lẽ bị ảnh hưởng bởi cái nhịp tim chậm của họ , triệu chứng bổ sung có thể là cơn đau thắt ngực, chóng mặt và ngất (cơn Adam stock). Trong mỗi trường hợp chẩn đoán có thể là sự xơ hóa vô căn của hệ thống dẫn truyền, nhưng hầu như tất cả các bệnh lý tim mạch có liên quan đến bloc tim : thấp tim, thiếu máu cơ tim, bệnh cơ tim, chấn thương, ung thư di căn....Những bệnh nhân già bị block tim thường liên quan với vôi hóa van động mạch chủ. Bất kể tuổi tác ,thì một máy tạo nhịp vĩnh viễn là luôn có lợi.



ECG9 : một bệnh nhân nữ 40 được nhập viện vì tình trạng khó thở tăng lên. Điện tâm đồ thể hiện những gì, những triệu chứng cơ năng bạn có thể mong đợi, và những vấn đề có thể là cơ bản nhất ? bạn có thể làm gì ?

Trả lời

Điện tim thể hiện :

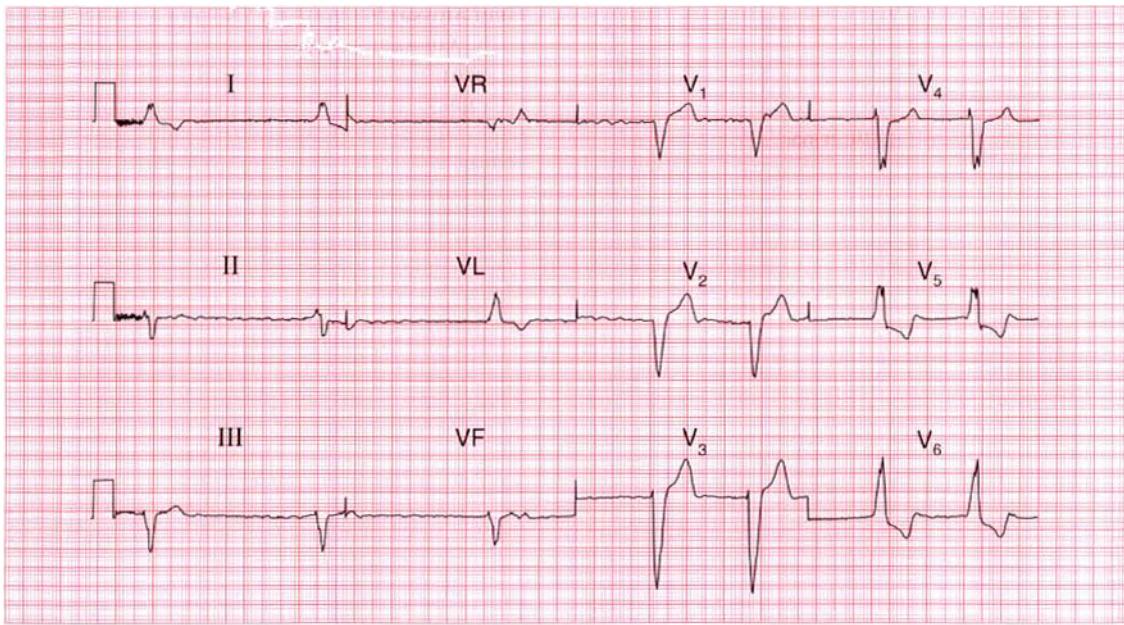
- Nhịp xoang
- Sóng p nhọn thấy rõ ở đạo trình DII
- Trục lệch phải
- Sóng R trội ở đạo trình V1
- S sâu ở đạo trình V6
- T đảo ngược ở đạo trình DII,DIII,AVF,V 1-V3

Điều giải lâm sàng

Kết hợp các dấu hiệu trục lệch phải,sóng R cao ở đạo trình V1 và sóng T đảo ngược ở các đạo trình bên tim phải là dấu hiệu kinh điển của phì đại tim phải nặng . Phì đại tim phải có thể là kết quả của các bệnh tim bẩm sinh , hoặc do tăng áp lực động mạch phổi thứ phát do các bệnh van 2 lá, bệnh phổi hoặc thuyên tắc phổi. Dấu hiệu của phì đại thất phải là mỏm tim đập dưới mũi ức và lan tỏa.có thể có tiếng thổi thứ phát ở động mạch phổi.Có thể tăng áp lực tĩnh mạch cảnh và một sóng ' A' đặc trưng của tăng áp lực tĩnh mạch cảnh.

Bạn làm gì ?

Hai nguyên nhân chính tăng áp lực động mạch phổi ở bệnh nhân nữ 40 tuổi là thuyên tắc phổi tái phát và tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát . lâm sàng để phân biệt 2 trường hợp này rất khó nhưng Ctscan phổi có thể giúp phân biệt. Trong cả 2 trường hợp thuốc chống đông là có chỉ định. Trong thực tế bệnh nhân này đã có tăng áp lực động mạch phải nguyên phát và cuối cùng là cần ghép tim phổi .



ECG10 : Điện tim ghi ở một người đàn ông 80t phàn nàn về khó thở và sưng mắt cá chân mà tăng lên từ từ trong vài tháng trước. Ông ta không có đau ngực và không điều trị . Ông ta có nhịp chậm và dấu hiệu của suy tim . ECG chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì để quản lý ông ta ?

Trả lời

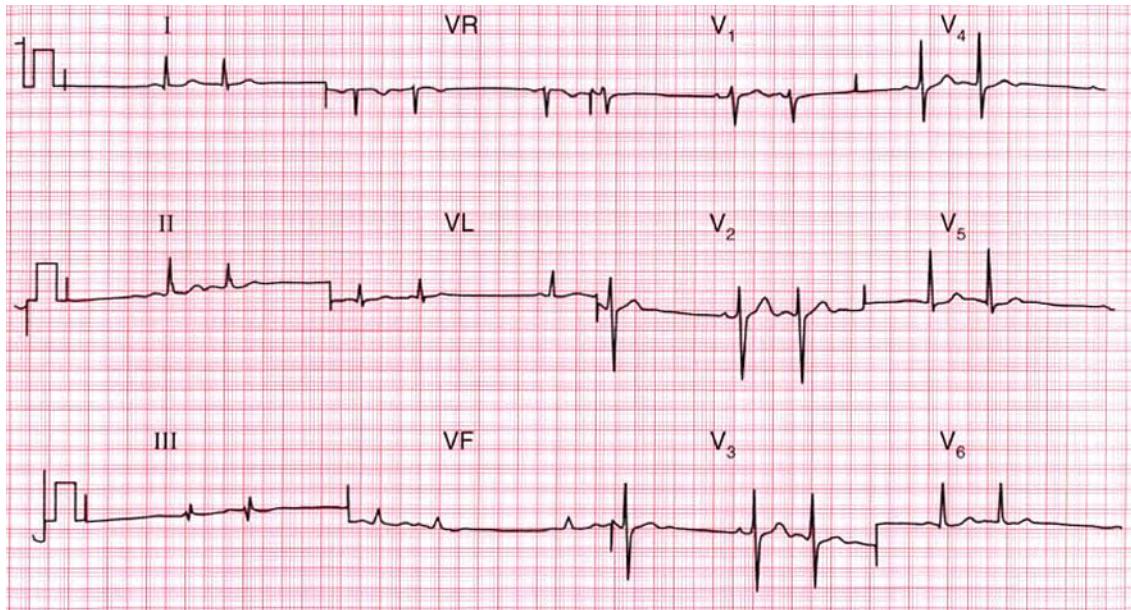
- Rung nhĩ đáp ứng thất 40ck/p
- Trục T
- Block nhánh trái

Điễn giải lâm sàng

Điện tâm đồ là bloc nhánh trái . Nó có cái rung nhĩ và đáp ứng thất là rất chậm , có thể gợi ý là sự dẫn truyền chậm trong bó His cũng như các nhánh bên trái.

Bạn làm gì ?

Bloc nhánh trái luôn là nguyên nhân quan trọng tạo nên suy tim . Ở bệnh nhân này nhịp thất chậm có thể là một phần nhỏ tạo nên suy tim . Một vài nguyên nhân quan trọng của bloc nhánh trái là thiếu máu cơ tim, hẹp van động mạch chủ,bệnh cơ tim. Ở bệnh nhân này siêu âm tim sẽ có thể cho biết có bệnh van tim quan trọng và chức năng thất trái thế nào. Trong trường hợp không có đau ngực chụp mạch vành có lẽ không có chỉ định. Suy tim đây cần điều trị với lợi tiểu và ức chế men chuyển nhưng digoxin cần tránh vì nó làm cho đáp ứng thất ngày càng chậm hơn. Ông ta gần như chắc chắn cần một máy tạo nhịp vĩnh viễn.



ECG11 : điện tim được ghi ở một người phụ nữ 40t phàn nàn về hồi hộp trống ngực,điện tim được ghi tại thời điểm diễn ra cơn hồi hộp.Điện tâm đồ có những bất thường gì ?

Trả lời

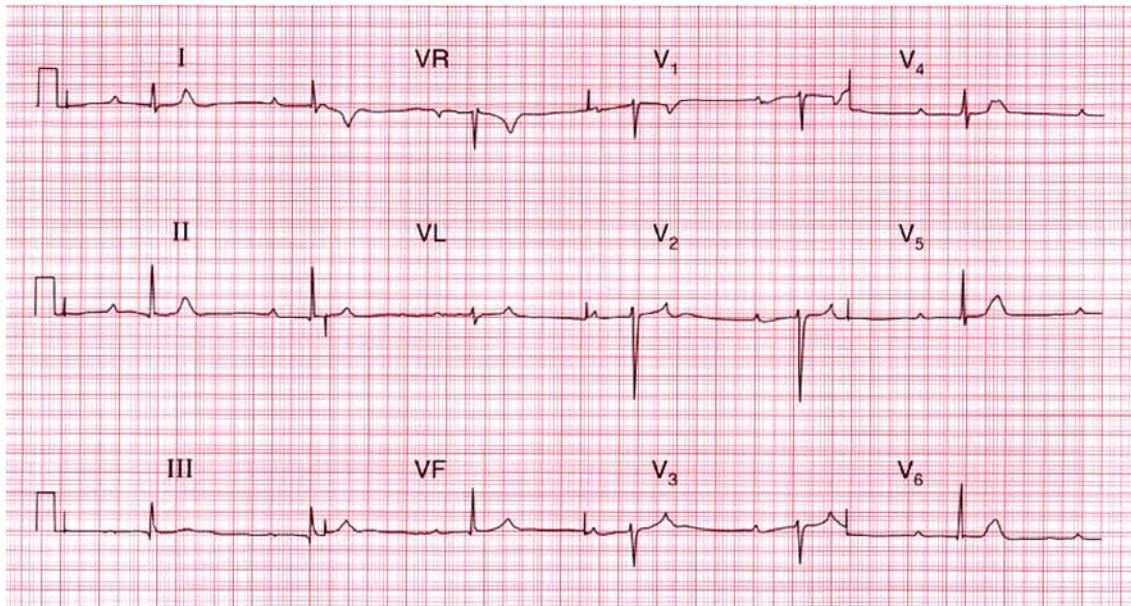
- Nhịp xoang
- Ngoại tâm thu nhĩ,nhận ra bởi nhịp đến sớm với sóng p rộng và khác thường (nhìn rõ ở đạò trình V2 và V3)
- Ngoại tâm thu được theo bởi đoạn nghỉ bù
- Trục bình thường
- ở DIII có dạng RSR nhưng phức bộ QRS hẹp
- đoạn ST và sóng T bình thường

diễn giải lâm sàng

tại thời điểm cô ta có triệu chứng ta đã ghi điện tim,nên chúng ta có thể tin tưởng ECG giải thích triệu chứng của cô ta .Ngoại tâm thu nhĩ giống như ngoại tâm thu bộ nối (nút nhĩ thất),không phải là biểu hiện của một bệnh tim.

Bạn làm gì ?

Tiền sử không cho thấy gì và kiểm tra tim không có bệnh,cô ta hoàn toàn có thể yên tâm trái tim cô ấy hoàn toàn bình thường .



ECG12 : một người phụ nữ 90t tự đến bệnh viện sau khi bị ngã gãy xương hông. Qua hỏi bệnh thì bà ta khai có chóng mặt và khó thở trong vài tháng. Đây là điện tim trước phẫu thuật của cô ta . nó chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

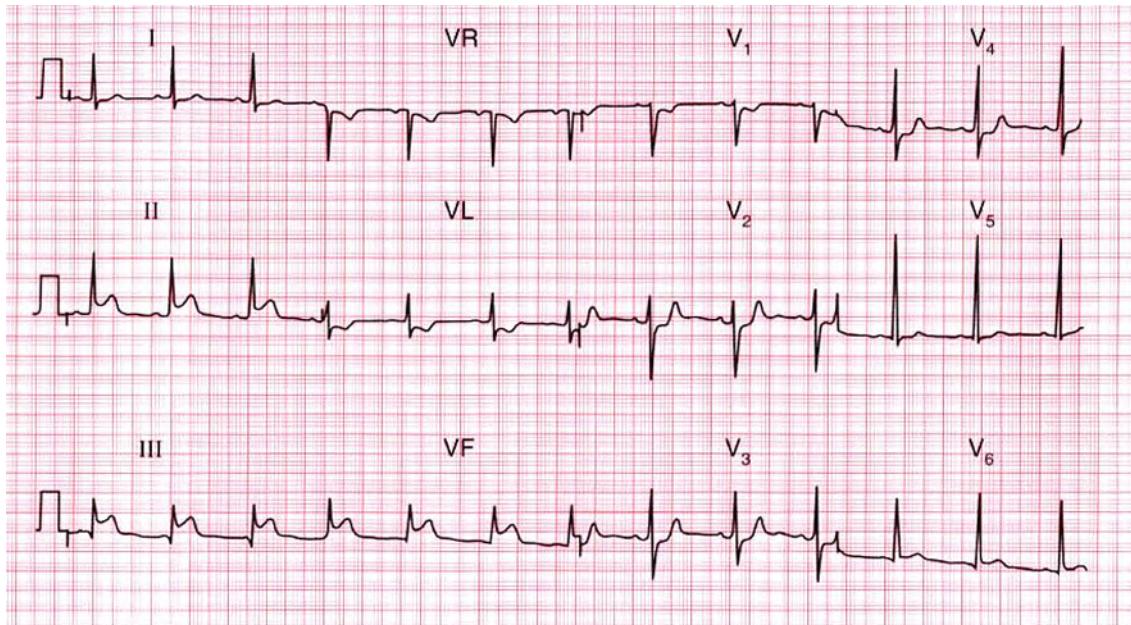
- bloc nhĩ thất cấp II (2 : 1)
- khoảng PR kéo dài (440ms)
- nhịp thất 40ck/p
- phức bộ QRS ,sóng T bình thường

Điễn giải lâm sàng

Mặc dù nhịp thất rất chậm có thể tiến triển thành bloc tim hoàn toàn, thực tế khoảng PR không đổi (mặc dù kéo dài) cho thấy đây thực sự là bloc cấp 2. Sóng P không dẫn ở đây là khó nhìn thấy,nó nằm trong sóng T hình dạng bất thường của đạo trình trước. bloc cấp 2 giải thích tại sao phức bộ QRS hẹp và sóng T bình thường .

Bạn làm gì ?

Trong vài thời gian trước đây bà ta có cái khó thở và chóng mặt, và trước đây không có tiền sử hoặc ECG không gợi ý một cái nhồi máu cấp, ít có khả năng rối loạn dẫn truyền này là mới. Do đó bà ta cần một máy tạo nhịp vĩnh viễn : vấn đề duy nhất là quyết định nên phẫu thuật xương hông khẩn cấp với sự hỗ trợ của một máy tạo nhịp tạm thời hay lý tưởng nhất bà ta sẽ hoãn lại cuộc mổ và đặt một máy tạo nhịp vĩnh viễn ngay lập tức .



ECG14 : một người đàn ông 50t tự đến bệnh viện trong tình trạng cấp cứu, ông ta có cái đau ngực dấu hiệu của nhồi máu cơ tim trong vòng 4 h . Ngoài các dấu hiệu liên quan đến đau ngực thì hầu như không có dấu hiệu thực thể nào bất thường . Điện tim chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

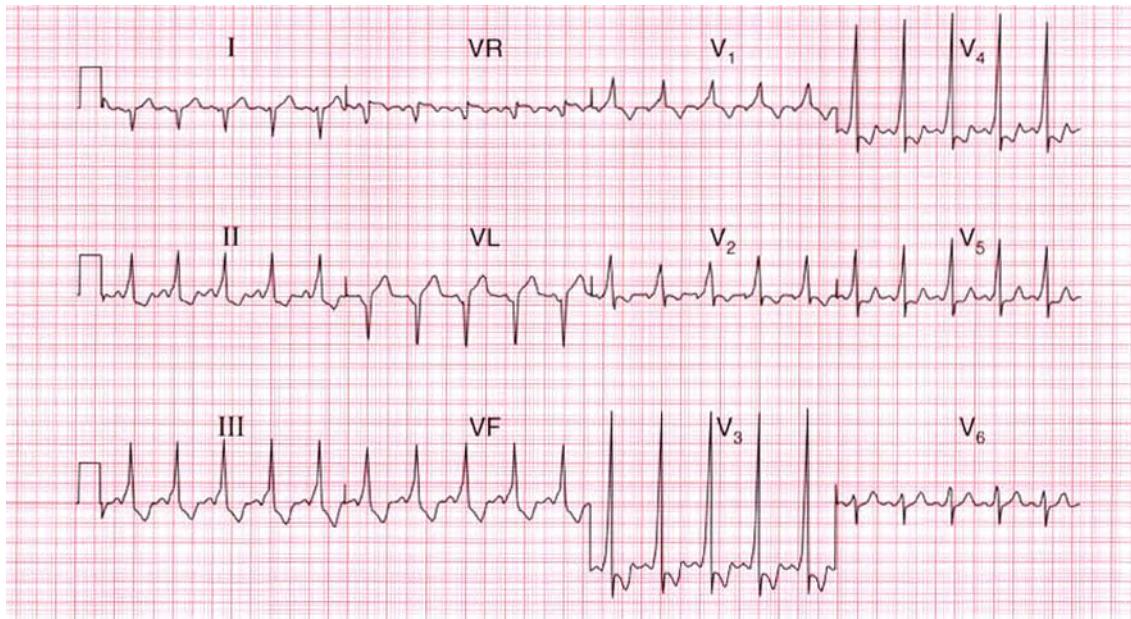
- nhịp xoang
- trực bình thường
- sóng Q nhỏ ở đạo trình DIII nhưng không thấy ở đạo trình nào khác
- đoạn ST chênh lên ở đạo trình DII,DIII,Avf
- sóng T đảo ngược ở đạo trình AVL
- đoạn ST có vẻ chênh xuống ở đạo trình V2,V3

diễn giải lâm sàng

đây là một điện tim điển hình của nhồi máu cơ tim vùng dưới ,với dấu hiệu thiếu máu ở đạo trình AVL . Sự phát triển của sóng Q là rất thay đổi : so sánh với ECG32 ghi ở một bệnh nhân với triệu chứng và thời gian tương tự.

bạn phải làm gì ?

làm giảm đau thì cần được ưu tiên trước. Trong trường hợp không có chống chỉ định (tức là không có chảy máu ở cơ quan quan trọng nào) bệnh nhân cần được cho aspirin và sau đó là một tacsnhaan tiêu sợi huyết.



ECG15 : một sinh viên 20t phàn nàn về triệu chứng đánh trống ngực. Nó xảy ra một vài lần mỗi năm. Nó bắt đầu một cách đột ngột anh ta cảm thấy tim anh ta đập rất nhanh và liên tục và anh ta nhanh chóng cảm thấy khó thở và ngất. Cơn nó tự hết đột ngột sau vài phút. Kiểm tra thì không có bất thường gì, và đây là điện tim của anh ta. Bạn sẽ làm gì ?

Trả lời

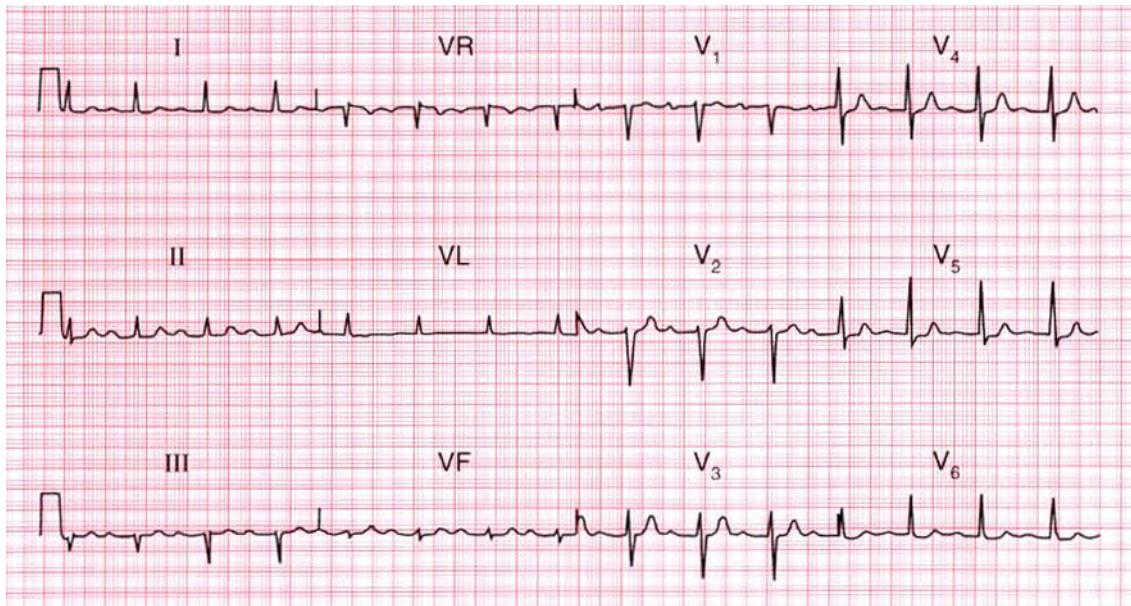
- nhịp xoang
- trực phải
- khoảng PR ngắn (112ms)
- sóng delta trát đậm ở phức bộ QRS
- sóng R trái ở đạo trình V1
- sóng T đảo ngược ở các đạo trình

diễn giải lâm sàng

Đây là điện tim điển hình của hội chứng W-P-W . ECG giống với một phì đại thất phải là bởi vì đây là typ A với đường phụ nằm ở bên trái . Điện tim với biến đổi trực phải,sóng R chiếm ưu thế V1, song T thay đổi không có ý nghĩa gì hơn.

Bạn phải làm gì ?

Bệnh nhân rõ ràng có những cơn nhịp nhanh kịch phát và trong những cơn ấy rõ ràng có ảnh hưởng đến tuần hoàn vì bệnh nhân cảm thấy chóng mặt. Cơn không xảy ra thường xuyên nên rất khó ghi được . Anh ta cần một khảo sát điện sinh lý để cắt bỏ các đường dẫn truyền bất thường.



ECG16 : Điện tâm đồ ghi ở một người phụ nữ phàn nàn vì sự xuất hiện các cơn hoa mắt, chóng mặt. Nó chỉ ra có một bất thường : ý nghĩa của nó là gì ?

Trả lời

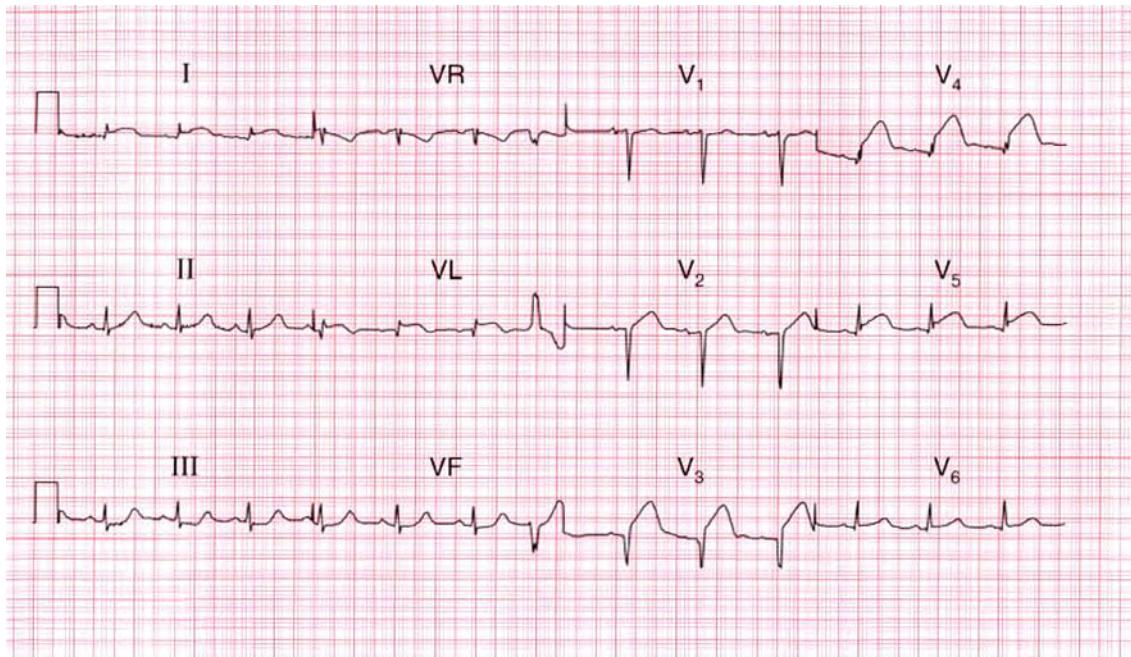
- nhịp xoang
- khoảng PR dài 280ms (nhìn rõ nhất ở đạo trình V1,V2)
- trực bình thường
- phức bộ QRS bình thường
- đoạn ST và sóng T bình thường

diễn giải lâm sàng

nhip xoang với bloc cấp I

bạn làm gì ?

bloc AV độ I không phải là nguyên nhân gây ra bất kỳ sự suy giảm huyết động nào và bởi vì bản thân nó ít có giá trị. Tuy nhiên , khi bệnh nhân có triệu chứng có thể là do nhịp chậm (trong trường hợp này là chóng mặt), nó có thể là có cơn bloc độ II hoặc độ III, hoặc sự xuất hiện cơn Adams-Steudt, liên quan làm cho nhịp thất chậm. Bà ta cần được đeo điện tim 24h với hy vọng rằng bà ta sẽ có cơn chóng mặt khi đeo nó. Sau đó có thể nhìn thấy có hoặc không chóng mặt liên quan đến sự thay đổi điện tim. Bloc AV độ I tự bản thân nó không có chỉ định đặt máy tạo nhịp tạm thời hoặc bất kỳ can thiệp nào khác.



ECG17 : điện tim ghi ở một người đàn ông 60t đau ngực mức độ nặng trong 1h. Điện tim chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

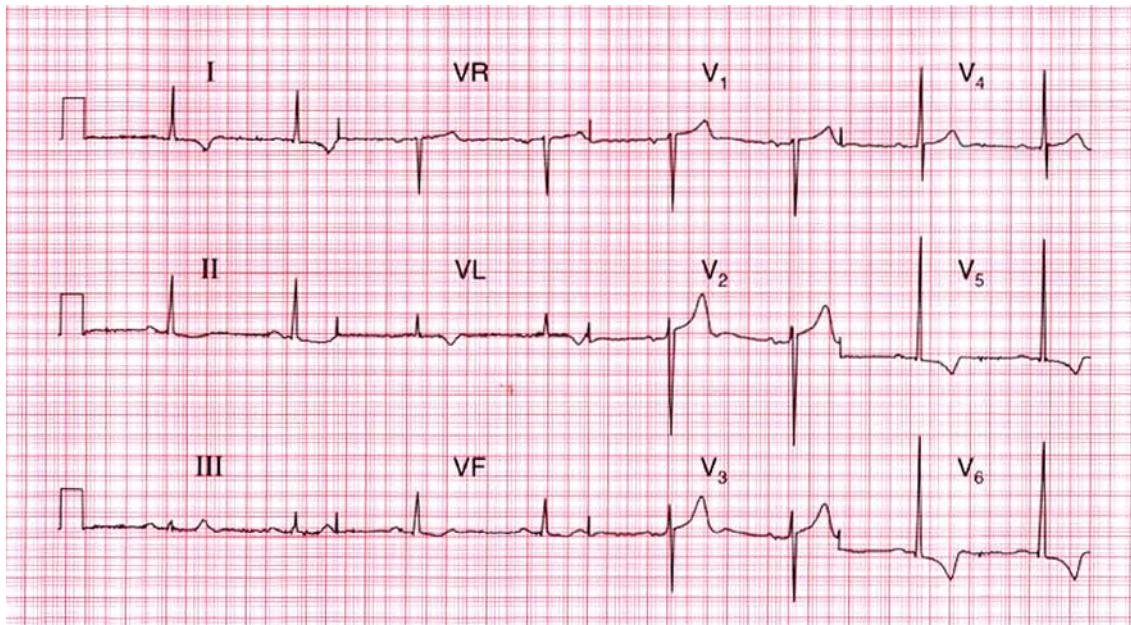
- nhịp xoang
- có một ngoại tâm thu thất
- trực bình thường
- sóng Q ở đạo trình V2V3, sóng q nhỏ ở đạo trình AVL,V4
- đoạn ST chênh lên ở đạo trình DI,AVL,V3-V5

Điều giải lâm sàng

Điện tim cho thấy nhồi máu cơ tim vùng trước bên. Mặc dù sóng Q phát triển rõ nhất tại phức bộ V3 nhưng những thay đổi hoàn toàn phù hợp với cơn đau mới xuất hiện trong 1 h .

Bạn phải làm gì

Bệnh nhân cần được giảm đau bằng các dẫn xuất morphin .ECG cho thấy đoạn ST chênh lên lớn hơn 2mm ở vài đạo trình , vì vậy ông ấy cần dùng thuốc tiêu huyết khối ngay lập tức khi đã loại trừ các nguy cơ chảy máu. Điều trị không cần trì hoãn trong khi chờ chụp XQ ngực hoặc khảo sát khác .Và sau đó chuyển đến bộ phận chăm sóc mạch vành. Ngoại tâm thu thất không cần điều trị.



ECG18 : một người đàn ông 70t đã nghỉ gọi điện với bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình nói rằng ông ta luôn cảm thấy chóng mặt khi chơi golf. Bạn nghe thấy ở tim ông ta có một tiếng thổi tâm thu và đây là điện tim của ông ta. Chẩn đoán là gì và bạn làm gì tiếp theo.

Trả lời

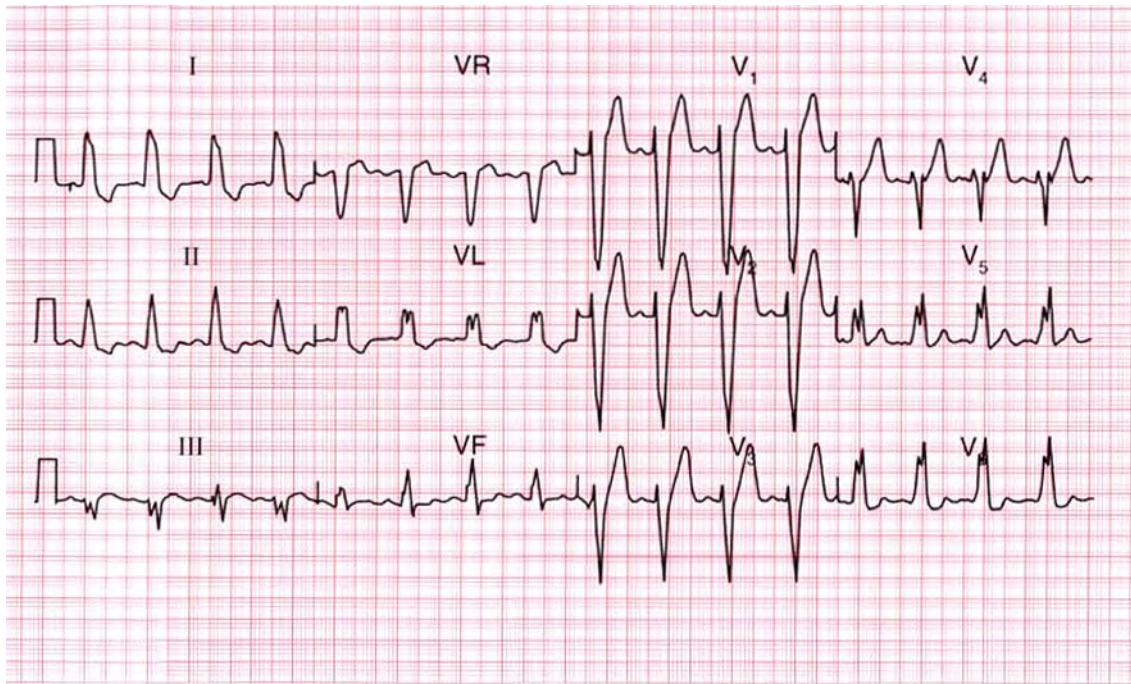
- nhịp xoang 48ck/p
- trục bình thường
- phức bộ QRS không giãn rộng nhưng R cao ở đạo trình V5 30mm, S sâu ở đạo trình V2 25mm
- sóng T đảo ngược ở đạo trình DI,AVL,V5,V6

diễn giải lâm sàng

đây là điện tâm đồ điển hình của dày thất T

bạn làm gì ?

sự kết hợp các dữ kiện bao gồm chóng mặt khi luyện tập, một tiếng thổi tâm thu , và dấu hiệu của dày thất trái gợi ý dấu hiệu hẹp động mạch chủ.Bước tiếp theo là làm siêu âm tim : trong bệnh nhân này cho thấy chênh áp qua van động mạch chủ là 140mmhg , cho thấy mức độ hẹp van động mạch chủ nặng . Ông ta cần thay van động mạch chủ khẩn cấp.



ECG19 : một người phụ nữ 70t phàn nàn về khó chịu ở vùng giữa ngực khi leo đồi núi cùng với chóng mặt,có lần đã ngất khi leo cầu thang. Có gì bất thường trong điện tâm đồ này, những dấu hiệu cơ năng nào bạn sẽ tìm thấy.

Trả lời

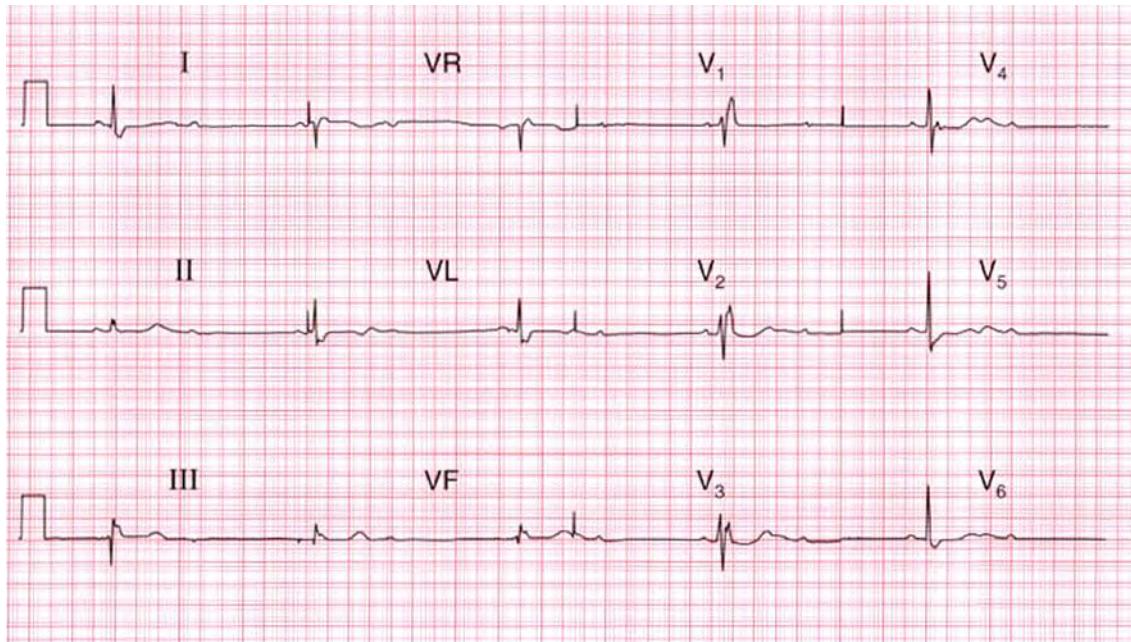
- nhịp xoang
- QRS giãn rộng (140ms)
- Dạng 'M' ở V6
- Sóng T đảo ngược ở DI,AVL,V6

Điều giải lâm sàng

đây là dạng đặc trưng của bloc nhánh trái .ECG này không giải thích gì hơn nữa.

bạn làm gì ?

một bệnh nhân có cái đau ngực có thể là đau thắt ngực,có chóng mặt và ngất khi gắng sức , có thể có hẹp động mạch chủ nặng ,và đây là trường hợp của người phụ nữ này. Lâm sàng cô ấy có mạch nảy chậm, huyết áp 100/80mmhg,và tim giãn rộng. Tiếng thổi tống máu thì tâm thu nghe rõ nhất ở phía trên bên phải cạnh động mạch cảnh và lan tỏa ra 2 động mạch cảnh. Chẩn đoán được xác định bằng siêu âm tim, nó cho thấy chênh áp qua van động mạch chủ khoảng 100mmhg. Một cái thông tim là cần thiết để loại trừ bệnh mạch vành và cô ta cần thay van động mạch chủ .



ECG20 : một người đàn ông 70t được nhìn thấy trong bệnh viện bởi vì khó thở bắt đầu trong một vài ngày 3 tháng trước. Đây là điện tim đồ của ông ấy : nó chỉ ra cái gì và bạn cần điều trị gì ?

Trả lời

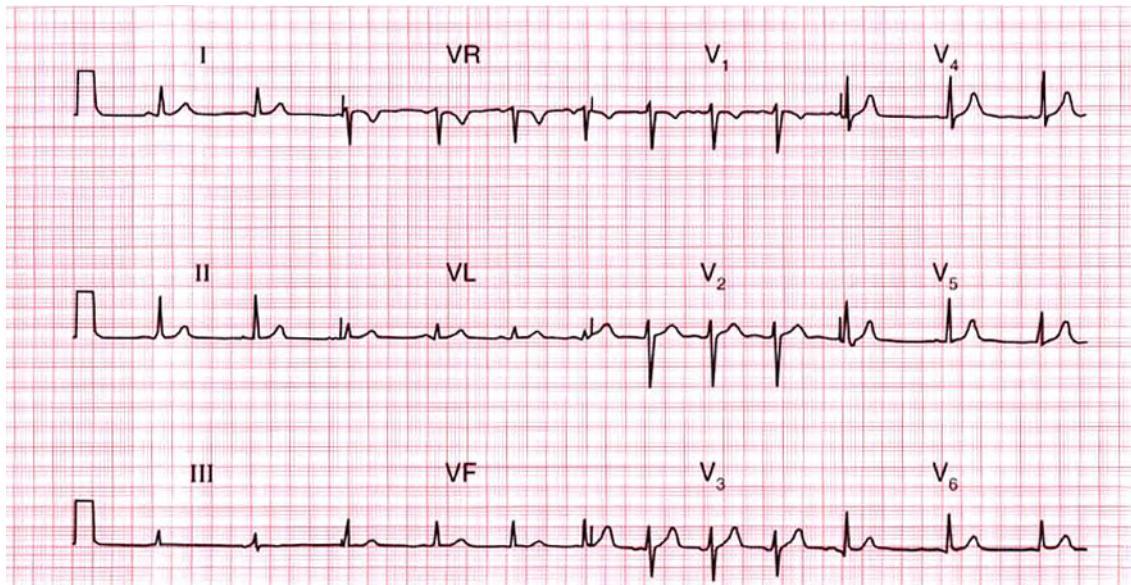
- Nhịp xoang
- Bloc nhĩ thất độ II (2 :1) (nhìn rõ nhất ở đạo trình V3)
- Nhịp thất 30ck/p
- Khoảng PR bình thường trong các nhịp đập
- Trục bình thường
- Thời gian QRS kéo dài (160ms)
- Dạng RSR ở đạo trình V1-V3 và sóng S rộng ở đạo trìnhV6
- Sóng U xuất hiện ở đạo trình V3-V6

Điều giải lâm sàng

Bệnh nhân có bloc nhĩ thất độ II và bloc nhánh phải. vì vậy ông ta rõ ràng có bệnh ở mõ dẫn truyền.

Bạn làm gì ?

Nhịp tim chậm có thể nguyên nhân của suy tim và ông ta cần máy tạo nhịp vĩnh viễn. Tiền sử cho thấy khởi đầu suy tim không liên quan đến đau ngực, vì vậy bệnh cơ bản có lẽ liên quan đến sơ hóa hệ thống dẫn truyền hơn là do thiếu máu. Ông ấy cần siêu âm tim và điều trị bằng ức chế men chuyển nếu có bằng chứng rối loạn chức năng thất trái.



ECG21 : điện tim ghi của một sinh viên y khoa đang trong thời gian thực hành tại lớp. Nó chỉ ra cái gì ?

Trả lời :

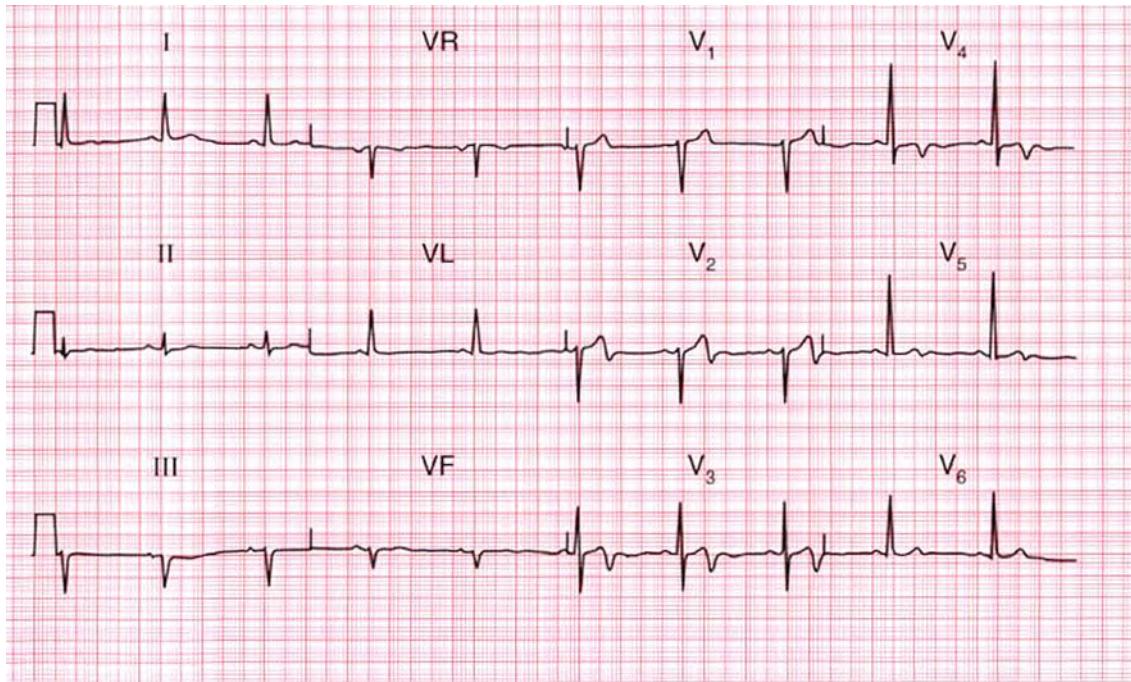
- Nhịp xoang
- Loạn nhịp xoang
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Đoạn ST và sóng T bình

Điễn giải lâm sàng

Đây là điện tim hoàn toàn bình thường. Có một sự biến đổi từ nhịp này đến nhịp kia là sự thay đổi khoảng cách giữa cá phức bộ QRS, với nhịp tim lúc tăng tốc lên, lúc chậm xuống. So sánh tỷ lệ ghi trong đạo trình V1,V2,V3 với đạo trình V4, V5,V6 có thể cho ta một ấn tượng sai lầm về sự thay đổi nhịp điệu. Đây là sự thay đổi nhịp tim liên quan đến hô hấp và nó gọi là loạn nhịp xoang, nó là bình thường ở người trẻ tuổi. Loạn nhịp xoang có thể phân biệt với ngoại tâm thu nhĩ bởi vì loạn nhịp xoang thì hình thái sóng P hoàn toàn không thay đổi.

Bạn phải làm gì ?

Nothing



ECG22 : điện tim ghi ở một người đàn ông 40t bị đau ngực mức độ nặng khoảng 1h. Nó chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

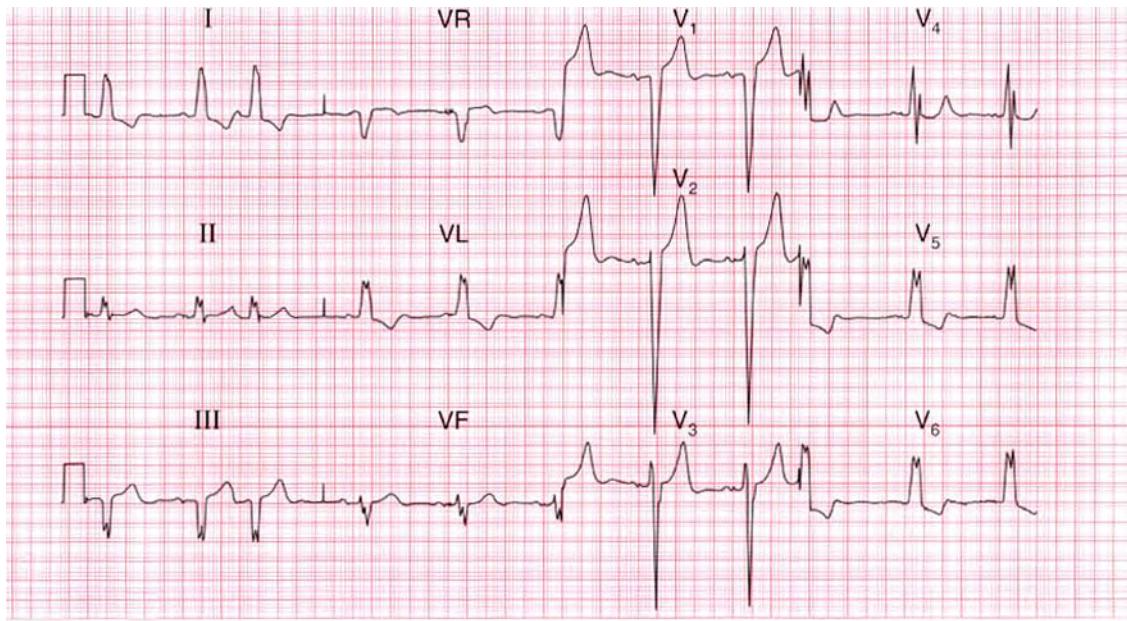
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Sóng T 2pha ở V2,V3,V5
- T đảo ngược ở v4

Điều giải lâm sàng

Đây là nhồi máu cơ tim không sóng Q

Bạn làm gì ?

Điện tâm đồ này không đáp ứng tiêu chuẩn dùng tiêu sợi huyết đó là ST chênh lên hoặc block nhánh trái mới xuất hiện. Tiêu lượng trước mắt là tốt nhưng bệnh nhân cần được theo dõi và làm ECG lặp đi lặp lại sau một giờ để xem sự xuất hiện chênh lên của đoạn ST.



ECG23 : điện tâm đồ ghi ở một người đàn ông 70t có cái đau thắt ngực trong một vài thời gian và đã được điều trị với bloc beta. Ông ta đến phòng khám khàn phàn nàn về cái đau ngực tương tự nhưng với mức độ nặng hơn và liên tục trong 4h. Điện tim này chỉ ra cái gì và điều trị gì là thích hợp.

Trả lời

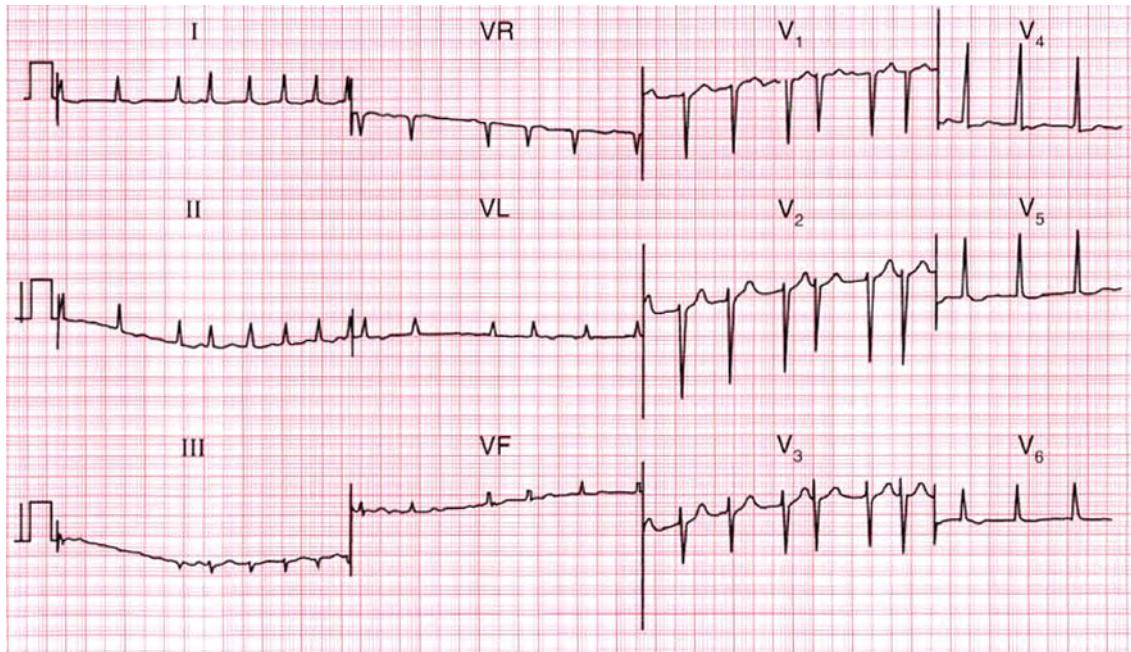
- Nhịp xoang
- Ngoại tâm thu trên thất (bộ nối)
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS giãn rộng (140ms)
- Phức bộ QRS có dạng chữ M ở V4-V6
- T đảo ngược ở DI,AVL,V5,V6

Điễn giải lâm sàng

Điện tâm đồ chỉ ra nhịp xoang, ngoại tâm thu trên thất, bloc nhánh trái. Không giải thích gì hơn ở điện tâm đồ này.

Bạn phải làm gì

Nếu bệnh nhân có triệu chứng gợi ý nhồi máu cơ tim trong vòng 6h mà có block nhánh trái thì tan huyết khối chỉ được đưa ra nếu bloc nhánh trái đó là mới. Ở bệnh nhân này tiền sử có cái đau thắt ngực vì vậy điều đầu tiên cần làm là giảm đau cho ông ta và sau đó là tìm các ghi chép trước đây xem liệu bloc nhánh trái đã có trước đây. Nếu điện tâm đồ trước đây đã có bloc nhánh trái thì tiêu sợi huyết không được sử dụng và điều trị như một hội chứng vành cấp. ngoại tâm thu trên thất không quan trọng.



ECG24 : ECG ghi từ một người đàn ông đang được điều như một bệnh nhân ngoại trú với suy tim sung huyết nặng. Những nguy cơ tiềm ẩn có thể dự đoán ở bệnh tim này và bạn phải làm gì ?

Trả lời

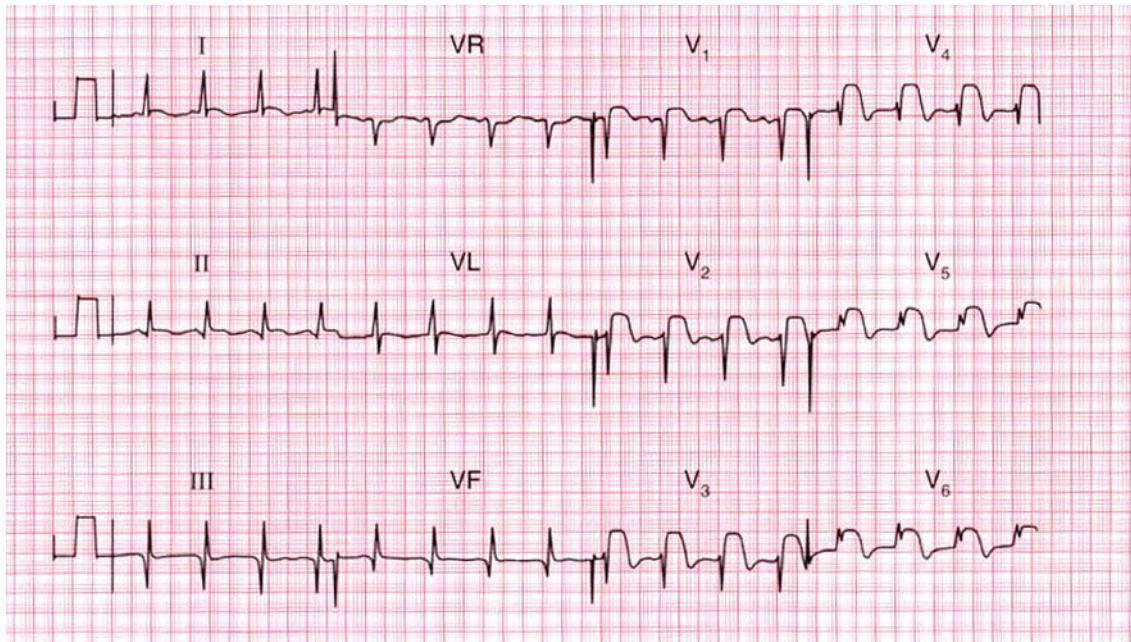
- Rung nhĩ
- Nhịp thất 70-250ck/p
- Trục bình thường
- QRS bình thường
- Đoạn ST đi chênh xuống dạng lôm đặc biệt ở đạo trình V5,V6

Điễn giải lâm sàng

Nhịp thất không được kiểm soát tốt , mặc dù đoạn ST chênh lôm xuống cho thấy ông ta đang dùng digoxin. Không có thay đổi cho thấy là có thiếu máu cục bộ .

Bạn làm gì ?

Trong trường hợp thiếu bằng chứng về lâm sàng hoặc điện tim nghĩ đến thiếu máu cục bộ, chẩn đoán có thể bao gồm thấp tim,nhiễm độc giáp ,bệnh tim do rượu và một số bệnh cơ tim khác. Siêu âm tim là cần thiết . Cần phải kiểm tra nồng độ digoxin máu và tăng liều digoxin nếu có thể. Ngoài digoxin bệnh nhân sẽ cần ức chế men chuyển, lợi tiểu và thuốc chống đông máu. Chẹn beta cần được cân nhắc khi suy tim đã được kiểm soát.



ECG25 : một người đàn ông 60t , cách đây 3 năm đã bị nhồi máu cơ tim sau cơn đau ngực nhẹ , đã được nhập viện vì cơn đau vùng giữa ngực đã diễn ra trong vòng 1h mà không đáp ứng với nitrat ngậm dưới lưỡi .Điện tim ông ta chỉ ra cái gì và bạn cần làm gì ?

Trả lời

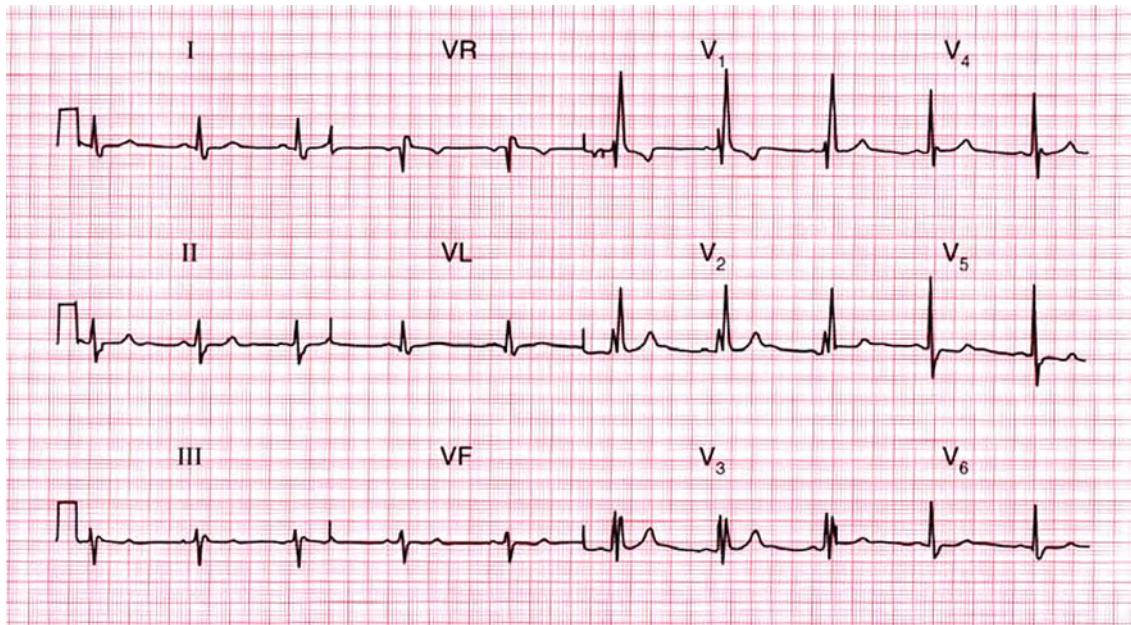
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Q ở đạo trình DII,DIII,AVF
- Đoạn ST chênh lên ở đạo trình V1-V6

Điễn giải lâm sàng

Sóng Q ở đạo trình DII,DIII,AVF gợi ý là nhồi máu cơ tim cũ, trong khi đoạn ST chênh lên ở V1-V6 là chỉ điểm nhồi máu cơ tim cấp trước rong

Bạn làm gì ?

Bệnh nhân này cần phải giảm đau, và trong trường hợp không có các chống chỉ định thông thường phải ngay lập tức điều trị bằng aspirin và yếu tố tiêu sợi huyết. nếu ông ta đã được điều trị bằng streptokinase trong lần nhồi máu trước đây thì lần này ông ta cần điều trị với alteplase hoặc reteplase.



ECG26 : một cậu bé 15t chuyển đến bộ phận bệnh nhân ngoại trú bởi vì một tiếng thổi ở tim. Cậu ta không có triệu chứng gì. Điện tim chỉ ra cái gì và những dấu hiệu thực thể bạn có thể tìm thấy ?

Trả lời

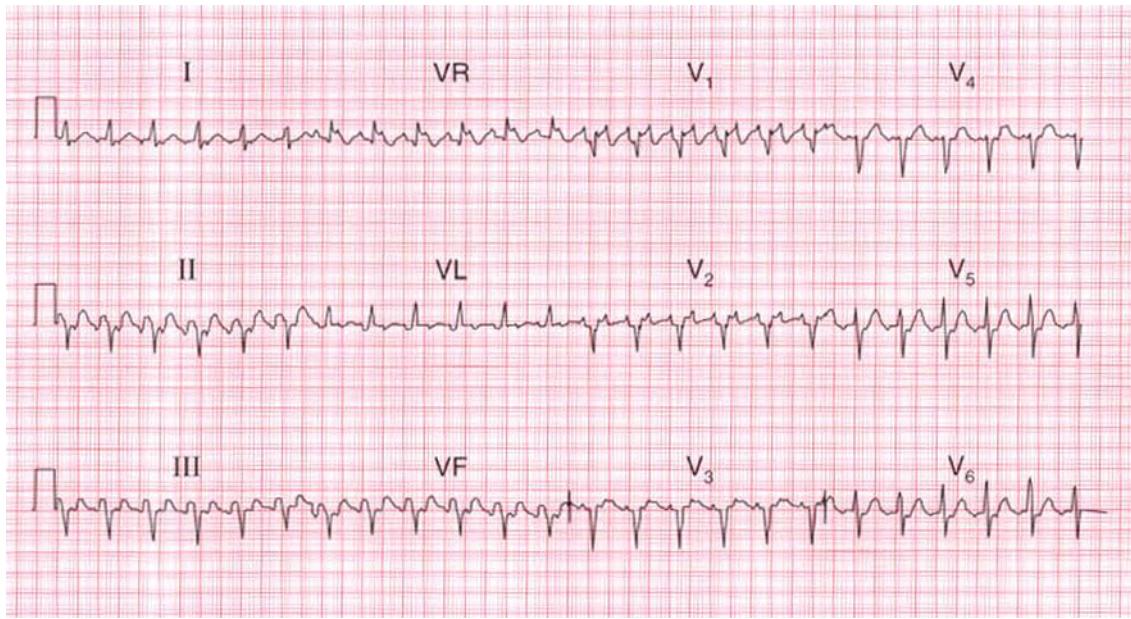
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS giãn rộng (140ms)
- Dạng RSR ở V1,V2,V3
- Sóng S rộng ở V5
- Đoạn ST và sóng T bình thường

Điễn giải lâm sàng

Bloc nhánh phải hoàn toàn

Bạn làm gì

Bloc nhánh phải nhìn thấy ở một tỷ lệ nhỏ người dân có trái tim bình thường. Trong sự xuất hiện của tiếng thổi ở tim thì khả năng thông liên nhĩ cần được xem xét. Đây là những gì bệnh nhân này đã có . Dấu hiệu cơ năng là tiếng T2 tách đôi cố định (đây là đặc trưng của bloc nhánh phải) và một tiếng thổi tâm thu nghe rõ bờ trái xương ức . Tiếng thổi nhẹ ngắn thì tâm trương có thể nghe ở vùng thấp cạnh bờ trái xương ức . Tiếng thổi tâm thu là dòng qua động mạch phổi do dòng thêm qua bên tim phải và tiếng thổi tâm trương là dòng qua van 3 lá. Chẩn đoán được xác định bằng siêu âm tim và khiếm khuyết được đóng bởi dụng cụ bít dù qua da. Sau can thiệp , bloc nhánh phải vẫn tồn tại kéo dài.



ECG28 : điện tâm đồ ghi từ một người đàn ông 40t phàn nàn về khó thở tăng lên khi leo cầu thang. Ông ta không cảm thấy tim rất nhanh và không có đau ngực . Ngoài việc với nhịp tim nhanh không có bất thường tim mạch khác, nhưng da anh ta có vẻ vàng và lách to . bạn phải làm gì ?

Trả lời

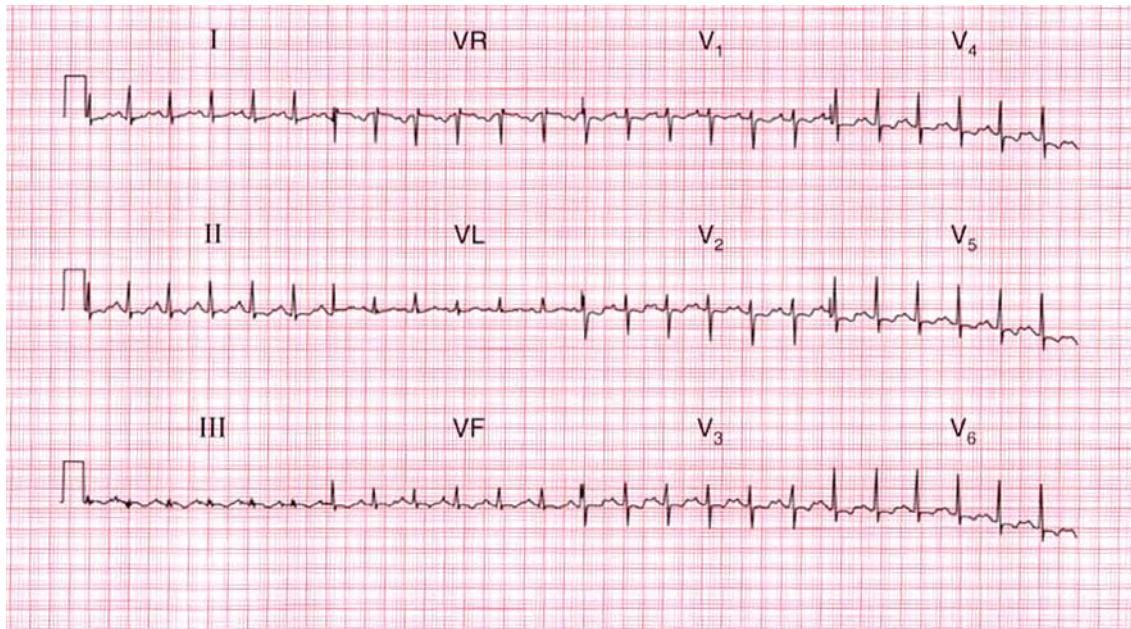
- Cuồng nhĩ
- Nhịp thất 140ck/p
- Trục trái
- Phức bộ QRS bình thường ,ngoại trừ sóng S ở đạo trìnhV6

Điễn giải lâm sàng

ECG chỉ ra cuồng nhĩ với bloc 2 :1. Trục trái có thể là do bloc phân nhánh trái trước , tuy nhiên phức bộ QRS có thời gian bình thường vì vây ý nghĩa của trục là chưa chắc chắn. Sóng S ở đạo trình V6 gợi ý bệnh phổi mạn tính.

Bạn phải làm gì ?

Quy cho một bệnh nhân không có suy tim là một ý tưởng tốt để xác định nguyên nhân của loạn nhịp trước khi điều trị nó . Sự kết hợp rối loạn nhịp nhĩ ,và da ,lách to gợi ý chứng nghiện rượu. Bệnh nhân cần thuốc chống đông nhưng chỉ số INR của ông ta có thể đã cao. Siêu âm tim là cần thiết để đánh giá lại chức năng thất trái và digoxin có thể cần thiết trong nỗ lực kiểm soát nhịp thất. Sau khi chống chuyển nhịp với sốc điện hoặc flecainide là cần thiết.



ECG28 : điện tâm đồ ghi từ một người phụ nữ có khó thở khởi phát đột ngột . Cô ta không bị như vậy trước đây, và không có đau ngực . Kiểm tra cho thấy không có gì khác ngoài nhịp tim nhanh. Chẩn đoán là gì ?

Trả lời

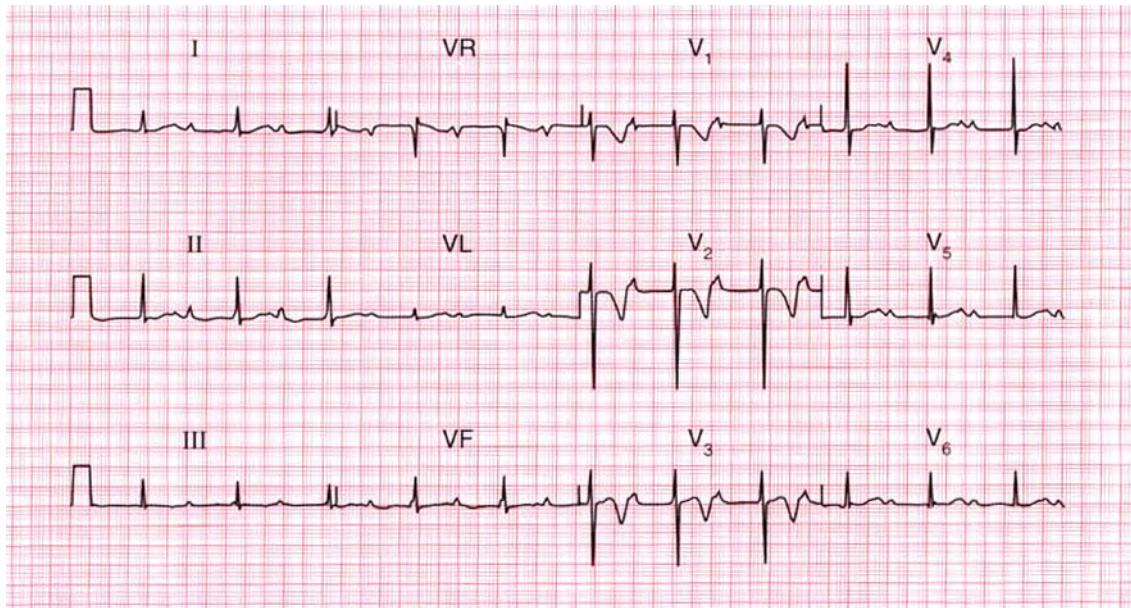
- Nhịp xoang
- Dẫn truyền bình thường
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Đoạn ST hơi chênh xuống ở đạo trình V1-V4
- Sóng T 2pha và đảo ngược ở các đạo trình thành dưới và đạo trình trước ngực

Điễn giải lâm sàng

Điện tim chỉ ra nhịp xoang nhanh với trục bình thường, phức bộ QRS bình thường .Sự thay đổi của đoạn ST/T rõ ràng là bất thường nhưng nó không riêng cho bất kỳ bệnh cụ thể nào. Tuy nhiên, thực tế đạo trình V1-V3 bị ảnh hưởng gợi ý có vấn đề ở thất phải.

Bạn làm gì ?

Trường hợp điện tâm đồ này cần xem xét kĩ tiền sử của bệnh nhân và dấu hiệu thực thể (nếu có) . rõ ràng có vấn đề gì đó đã xảy ra . khởi phát khó thở đột ngột mà không có đau gợi ý thuyên tắc phổi, và ở đây VQ scan xác định có vài ổ nhồi máu phổi nhỏ .



ECG29 : điện tâm đồ ghi từ 1 người đàn ông 50t vào nhập viện tại khoa cấp cứu , có đau ngực đặc trưng của nhồi máu cơ tim khoảng 3h. ECG chỉ ra cái gì và làm nên làm thế nào để điều trị bệnh nhân.

Trả lời

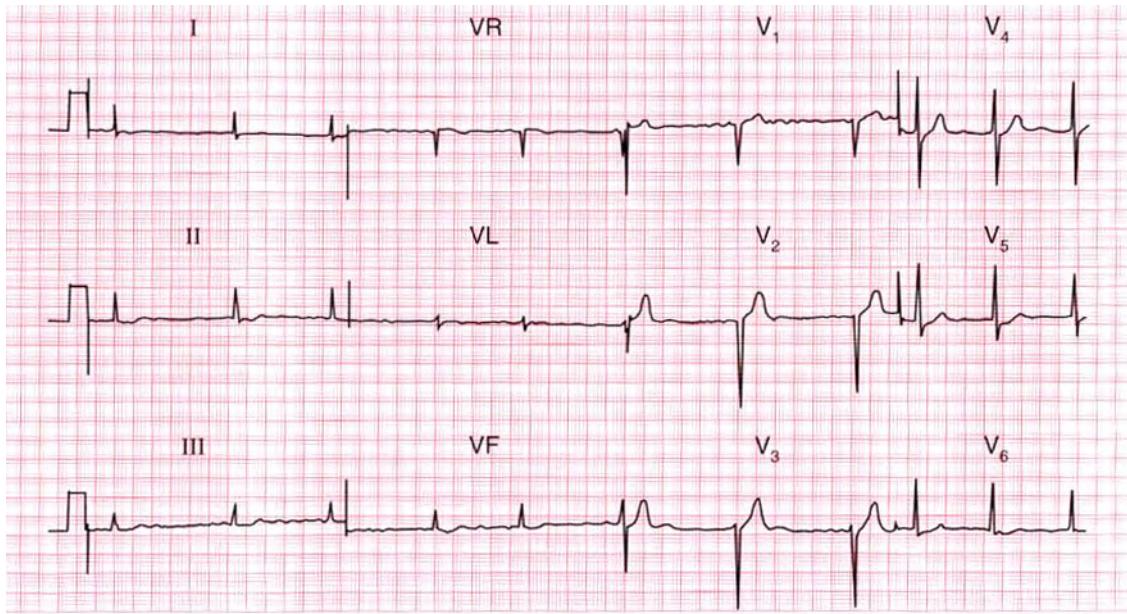
- Nhịp xoang
- Khoảng PR kéo dài rõ rệt (480ms)
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Sóng T đảo ngược V1-V3

Điễn giải lâm sàng

Bloc nhĩ thất độ I liên quan với nhồi máu cơ tim thành trước . Vì sóng T âm ở đạo trình V1-V3 nhưng không thấy ở đạo trình V4 khả năng của một thuyên tắc phổi cần được xem xét.

Bạn làm gì

Những thay đổi của điện tâm đồ không đáp ứng được tiêu chuẩn quy ước cho tiêu sợi huyết trong nhồi máu cơ tim (ST chênh lên và bloc nhánh trái mới). Bloc nhĩ thất độ I không có chỉ định cho tạo nhịp tạm thời, nhưng bệnh nhân cần được theo dõi trong trường hợp phát triển lên block cao độ .



ECG30 : một người đàn ông 60t được xem là bệnh nhân ngoại trú phàn nàn về khó thở và đau ngực có đặc điểm của cơn đau thắt ngực . Ông ta không được điều trị. ECG này giúp gì trong chẩn đoán và quản lý ông ta.

Trả lời

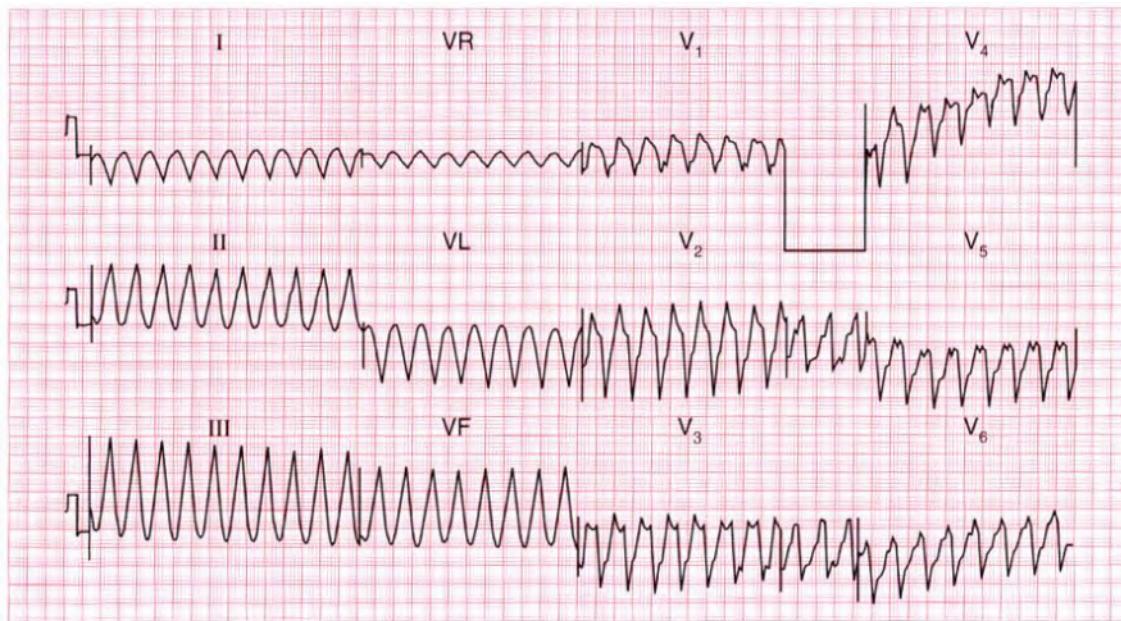
- Rung nhĩ
- Nhịp thất 50-70ck/p
- Trục bình thường
- Sóng R thấp (mất sóng R ở V3, với sóng R bình thường ở đạo trình V4)
- Đoạn ST và sóng T bình thường

Điều giải lâm sàng

Nhịp thất bình thường mặc dù cho rung nhĩ không được điều trị. Sự kém phát triển của sóng R giữa đạo trình V3 và V4 có thể do đặt không chính xác vị trí điện cực trước ngực , nhưng cũng có thể do nhồi máu cơ tim cũ vùng trước vách.

Bạn làm gì ?

Nguyên nhân khác hơn của rung nhĩ ngoài thiếu máu cục bộ cần được loại trừ. Một test gắng sức sẽ cho thấy có hay không đau thắt ngực và cũng sẽ cho thấy liệu nhịp thất có kiểm soát tốt hay tăng lên không thích hợp.



ECG31 ECG ghi từ một bệnh nhân nhập vào đơn vị chăm sóc mạch vành từ 2h trước với nhồi máu cơ tim cấp thành trước. bệnh nhân vã mồ hôi lạnh, lăn lộn và huyết áp không đo được. Điện tim chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

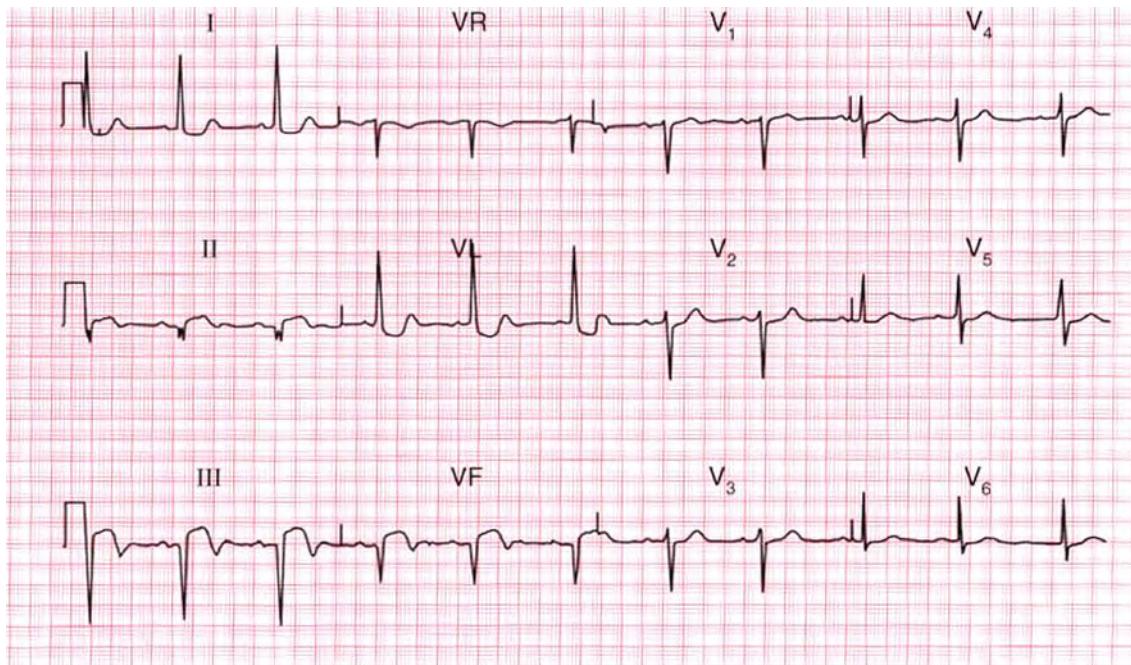
- Nhịp nhanh các phức bộ giãn rộng ,tần số khoảng 250ck/p
- Phức bộ QRS đều
- Thời gian phức bộ QRS 200ms
- Trục khó xác định và hình dạng QRS

Điễn giải lâm sàng

Trong bối cảnh của nhồi máu cơ tim cấp thành trước,nhịp nhanh phức bộ giãn rộng cần xem xét nó bắt nguồn từ thất trừ khi bệnh nhân biết trước bloc nhanh khi ở nhịp xoang . Ở đây nhịp rất đều đặn và không có hình dạng xác định giãn rộng nghi ngờ nhịp nhanh thất

Bạn làm gì ?

Trong trường hợp này suy tuần hoàn nặng , chỉ định sốc điện là cần thiết .



ECG32 : một người đàn ông 50t vào nhập viện cấp cứu, đang có đau ngực khoảng 4h . Tính chất đau đặc trưng của nhồi máu cơ tim .ngoài dấu hiệu đau, kiểm tra các bộ phận khác bình thường. Điện tâm đồ chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì.

Trả lời

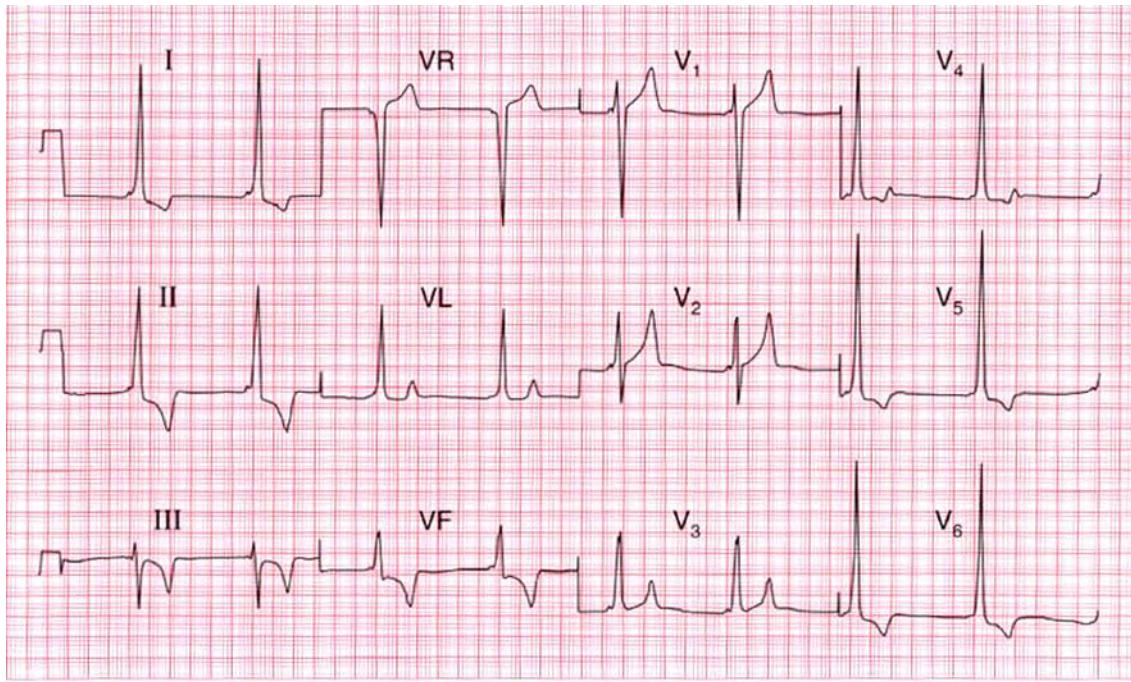
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Sóng Q ở đạo trình DII,DIII,AVF
- ST chênh lên ở đạo trình DII,DIII,AVF và sóng T 2 pha
- ST chênh xuống ởAVL
- Phức bộ QRS ,đoạn ST và sóng T bình thường ở các đạo trình trước ngực

Điều giải lâm sàng

Đây là nhồi máu cơ tim thành dưới. Tốc độ thay đổi phát triển của sóng Q rất nhanh chóng , nhưng nó hoàn toàn phù hợp với tiền sử đau ngực khoảng 4h trước .

Bạn làm gì ?

Giảm đau là một phần quan trọng của điều trị. Trừ trường hợp chống chỉ định, bệnh nhân nên chỉ định dùng aspirin ,và sau đó là tiêu sợi huyết càng sớm có thể .



ECG33 : ECG ghi từ một người đàn ông 35t ông ta không có triệu chứng gì nhưng khi kiểm tra định kỳ thấy huyết áp 180/105. ECG chỉ ra cái gì và bạn cần đề nghị làm gì ?

Trả lời (chú ý test ½)

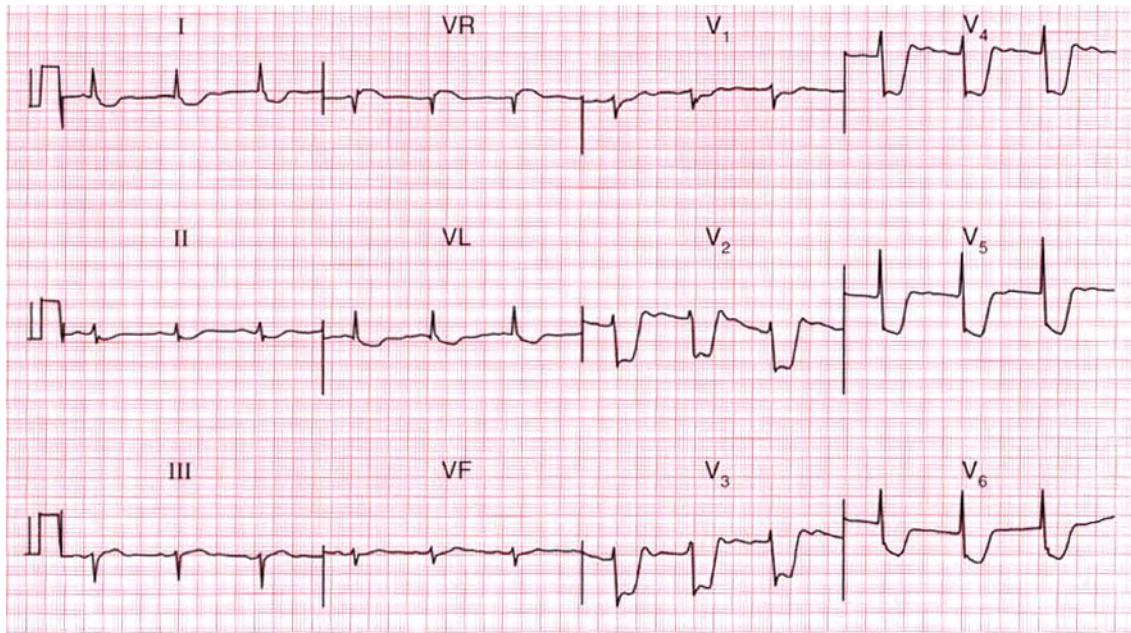
- Nhịp xoang 50ck/p
- Khoảng PR rất ngắn
- Trục bình thường
- Sóng delta
- Thời gian QRS kéo dài (200ms)
- Sóng R rất cao ở đạo trình thành bên
- T đảo ngược đạo trình D1,DII,DIII,AVF,V5,V6

Điễn giải lâm sàng

đây là ví dụ của hội chứng W-P-W typB. Ở bệnh nhân này với huyết áp cao gây nên phức bộ QRS cao và sóng T đảo ngược ở các đạo trình thành bên sẽ làm tăng khả năng phì đại thất trái , mà những thay đổi này cũng tổng hợp những điều trên , và nó phù hợp với hội chứng tiền kích thích.

Bạn làm gì ?

Nếu bệnh nhân này không gợi ý một cơn nhịp nhanh kịch phát, thì không cần thiết phải làm gì hơn . Một số bệnh nhân có hội chứng tiền kích thích nhưng trên điện tim của họ không bao giờ có đoạn nhịp nhanh.



ECG34 : một người đàn ông 80t quan sát thấy sau phẫu thuật làm cầu nối đùi-khoeo chân đã ghi nhận có một điện tâm đồ bất thường . Điện tâm đồ chỉ ra điều gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

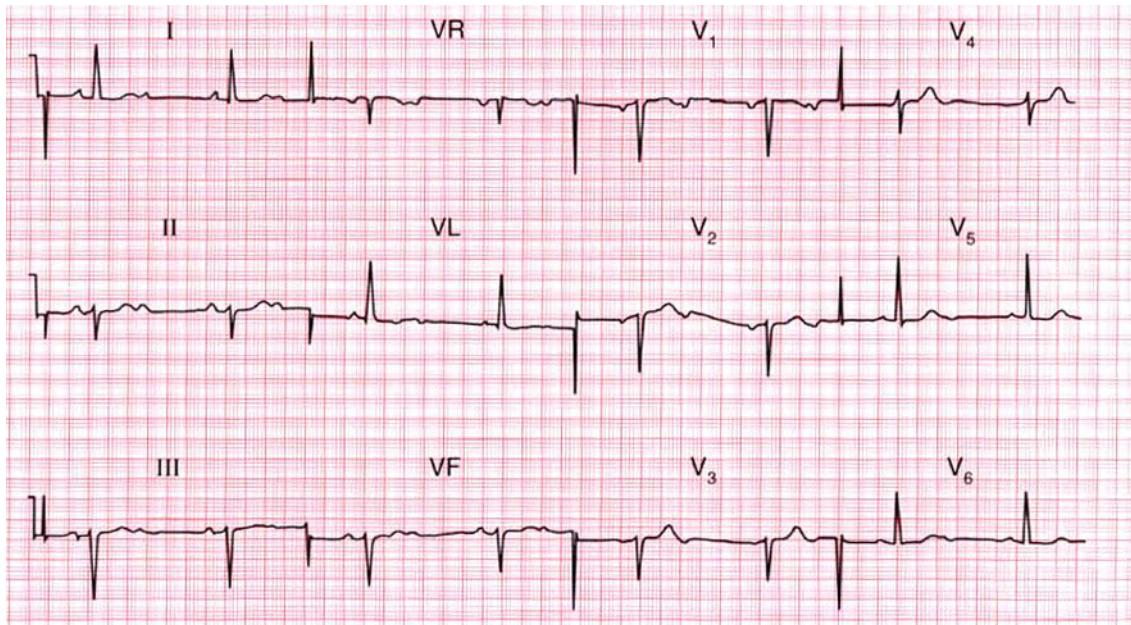
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS thường
- Đoạn ST chênh xuống đi ngang (khoảng 8mm) ở đạo trình V2-V4 , và đi xuống dạng chêch xuống ở đạo trình thành bên.

Điều giải lâm sàng

Bệnh nhân là người cao tuổi có bệnh máu ngoại biên vì vậy bệnh mạch vành rất có thể có mặt. Điện tâm đồ thể hiện thiếu máu cơ tim nặng . việc thiếu một cái nhịp nhanh là rất đáng ngạc nhiên.

Bạn làm gì ?

Đây không phải là một tình trạng dễ quản lý vì tình trạng hậu phẫu bệnh nhân cần được quản lý. Ông ta cần dùng một cách thận trọng thuốc kháng đông aspirin và heparin và nitrat đường tĩnh mạch .



ECG 35 :điện tim đồ ghi từ một người đàn ông 70t phàn nàn về cái khó thở . Ông ta không hề có đau ngực và chóng mặt.Ngoài nhịp chậm thì ông ta không hề có bất thường nào khi kiểm tra. Những bất thường gì ghi được và bạn làm gì để điều trị bệnh nhân này ?

Trả lời

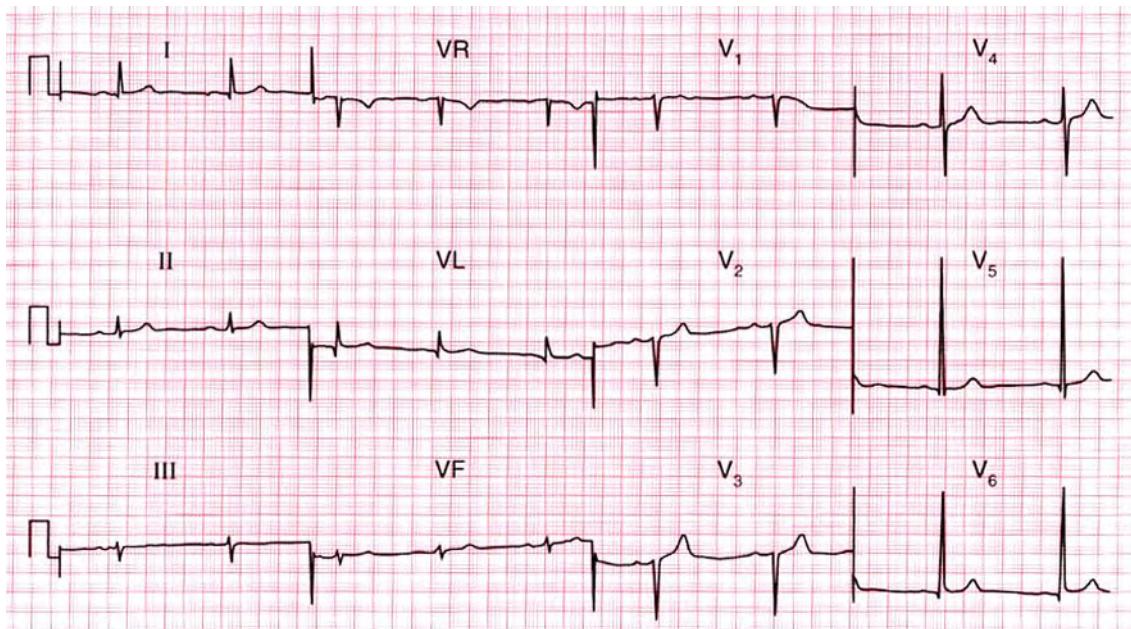
- Nhịp xoang
- Block AV độ 2 (2 :1)
- Trục lệch trái
- Sóng R nhỏ ở các đạo trình trước
- Sóng T bình thường

Điển giải lâm sàng

Block nhĩ thất độ II làm cho nhịp thất chậm 45ck/p có thể là nguyên nhân gây ra cái khó thở của bệnh nhân. Trục trái chỉ ra block phân nhánh trái trước. Sóng R nhỏ (hầu như không có sóng R ở V3,sóng R nhỏ ở V4 và một sóng R ở V5) gợi ý một nhồi máu cù thành trước.

Bạn làm gì ?

Bệnh nhân này cần một máy tạo nhịp Vĩnh viễn.



ECG 36 : điện tâm đồ ghi từ một sinh viên y khoa 20t khỏe mạnh . Anh ta lo lắng liệu mình có bị vấn đề gì không ?

Trả lời

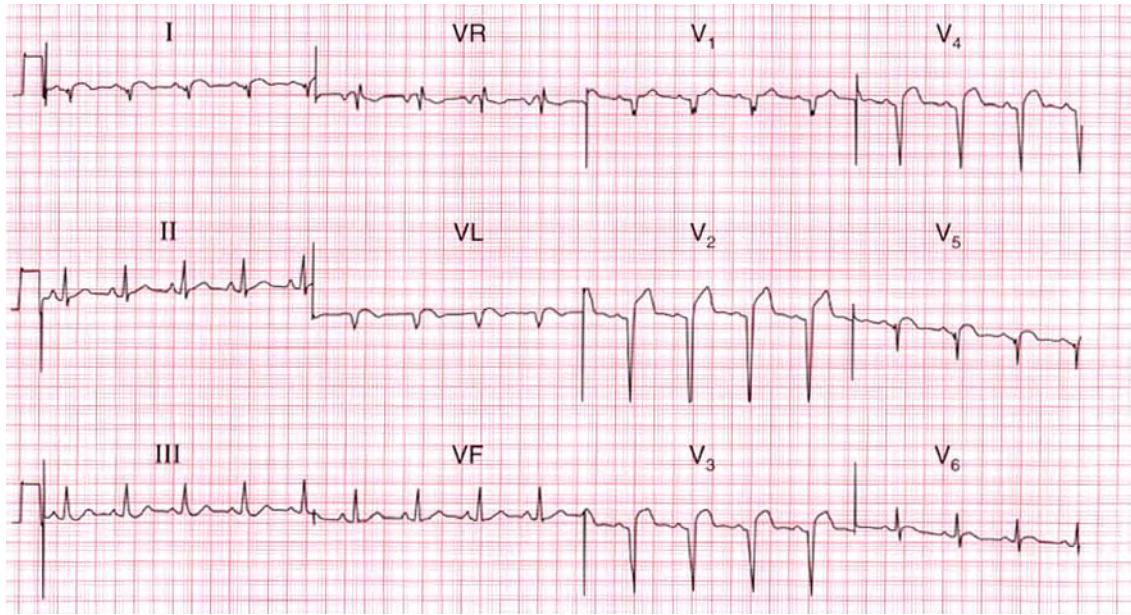
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Sóng R cao (28mm ở V6 ,32mm ở V5)
- Mất sóng R ở V3
- Đoạn ST và sóng T bình thường

Điển giải lâm sàng

Điện tâm đồ chỉ ra dày thất trái bởi ' tiêu chuẩn điện áp '(R lớn hơn 25mm ở V5 hoặc V6, hoặc tổng R ở đạo trình V5 hoặc V6 cộng với S ở V1 hoặc V2 lớn hơn 35mm). Tuy nhiên không có sự thay đổi của sóng T . ' tiêu chuẩn điện áp ' đứng riêng chúng là không đáng tin cậy ,và trong một thanh niên khỏe mạnh thì biến đổi này cũng có thể là bình thường . Mất sóng R ở V3 có thể chỉ điểm nhồi máu cơ tim cũ , nhưng đây rất hiếm ở thanh niên trẻ tuổi nó có thể là do đặt sai vị trí điện cực V3 .

Bạn làm gì ?

Nói anh sinh viên mua một quyển sách hay về giải thích ECG, nếu chưa yên tâm thì siêu âm tim có thể sử dụng để đo độ dày thất trái.



ECG37 : một người đàn ông 70t là bệnh nhân ngoại trú với triệu chứng và dấu hiệu của suy tim.
 Triệu chứng của ông ta xuất hiện khá đột ngột khi vài tuần trước ông ta thấy khó chịu ở vùng ngực.
 ECG của ông ta chira cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

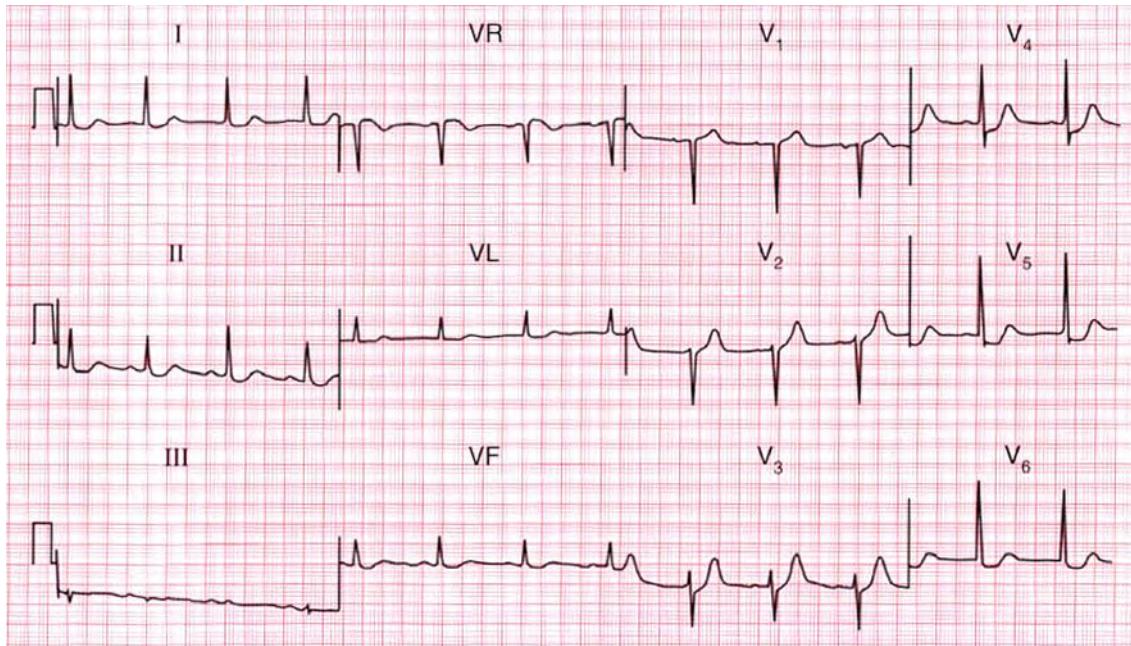
- Nhịp xoang 100ck/p
- Trục bình thường
- Q ở DI, AVL, V2-V5
- Đoạn ST chênh lên V2-V6, DI, AVL
- T đảo ngược ở V6

Điễn giải lâm sàng

Đoạn ST chênh lên gợi ý nhồi máu cơ tim cấp, nhưng sóng Q sâu gợi ý nhồi máu xảy ra nhiều giờ trước đó. Theo bệnh nhân kể thì thực tế cái nhồi máu của ông ta bắt đầu từ vài tuần trước và tiền sử không có gì gợi ý nó xuất hiện gần đây hơn. Những thay đổi ECG có lẽ do tất cả nhồi máu cũ, những thay đổi thành trước có lẽ do phình thất trái.

Bạn làm gì ?

Một điện tâm đồ cần được diễn giải kết hợp với tình trạng lâm sàng của bệnh nhân. Vì điện tâm đồ này là tương thích với một nhồi máu cơ tim cũ cho nên bệnh nhân cần điều trị suy tim theo cách thông thường với lợi tiểu, UCMC, chẹn beta. Vì suy tim là kết quả của thiếu máu cơ tim nên bệnh nhân cần aspirin và statin.



ECG38 : một người đàn ông 60t đến phòng khám dành cho bệnh nhân ngoại trú vì đau ngực khi gắng sức. Và đây là điện tâm đồ ông ta. ECG chỉ ra cái gì và dấu hiệu thực thể gì bạn có thể tìm thấy.

Trả lời

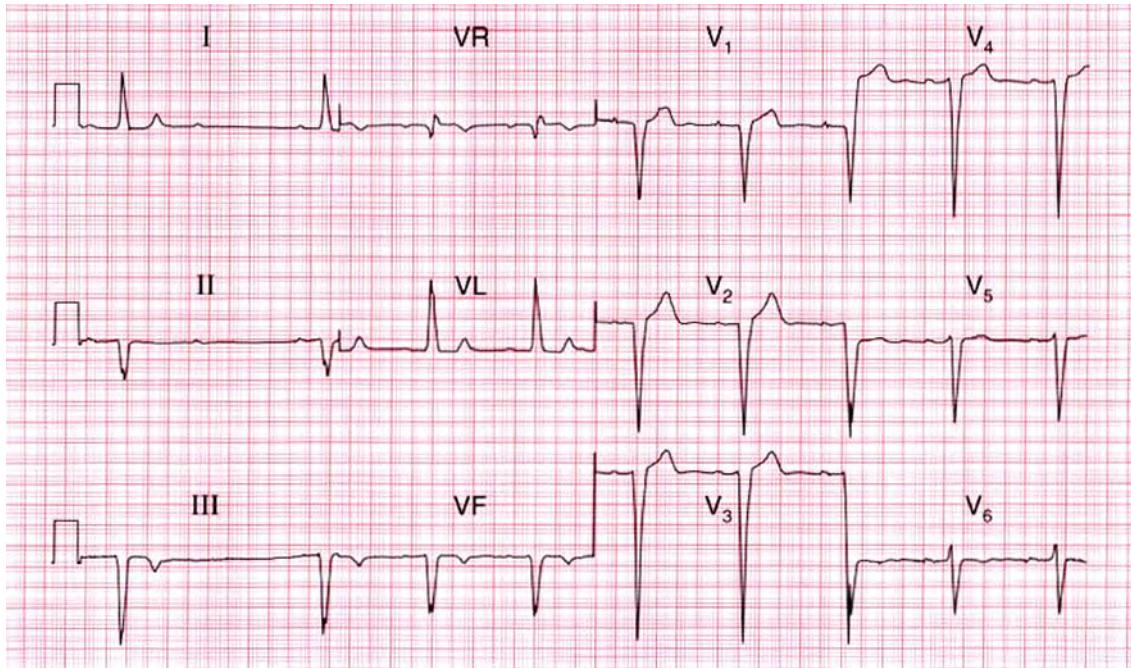
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Đoạn ST hơi chênh xuống nhẹ ở DI,DII,AVL
- Đoạn ST ở V4-V6 đi chênh xuống dạng đi ngang hoặc đi chêch xuống

Điều giải lâm sàng

Những thay đổi của đoạn ST ở đạo trình DI,DII,AVL là không đặc hiệu , nhưng những thay đổi ở V4-V5 chắc chắn là do thiếu máu cơ tim vì nó đi chênh xuống là đi ngang và lớn hơn 2mm. Đoạn ST ở V6 dạng đi chêch xuống có thể là kết quả thiếu máu cơ tim nhưng cũng có thể là kết quả của digoxin.

Bạn làm gì ?

Không có những dấu hiệu thực thể của thiếu máu cơ tim, nhưng cũng có thể có những dấu hiệu của đau (xanh xao, nhịp xoang nhanh), suy tim (bao gồm tiếng T3,T4 ở mỏm) hoặc những bằng chứng của tăng huyết áp, tăng cholesterol máu, hoặc hút thuốc. Có thể không có mạch hoặc một tiếng thổi ở một động mạch ngoại vi. Một test gắng sức có thể sẽ làm nổi bật hơn thiếu máu cơ tim nhưng nó không cần thiết cho mục đích chẩn đoán.



ECG39 : một người đàn ông 65t có nhồi máu cơ tim cách đây 3 năm, hiện tại ông có đau ngực kiểu thiếu máu khoảng 2h. Khi ông ta được ghi điện tim đồ thì cái đau của ông ta đã hết. ECG chỉ ra điều gì và bạn nghĩ những gì đã xảy ra và cần điều trị gì ?

Trả lời

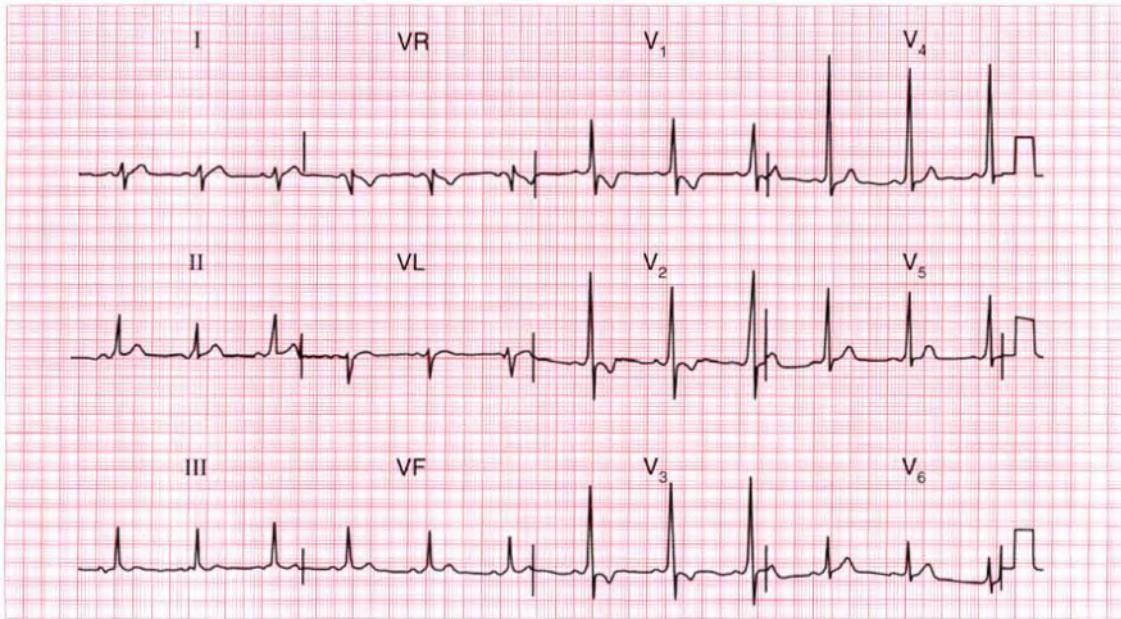
- Nhịp xoang
- Block AV độ II (mobit typ2 nhìn rõ nhất ở D1, DII)
- Nhịp thất 50ck/p
- Khoảng PR trong các nhịp bình thường
- Trục hướng trái
- QRS giãn rộng
- Không có sóng R ở các đạo trình trước ngực
- S sâu ở V6

Điễn giải lâm sàng

Sự kết hợp bloc nhĩ thất độ II và block phân nhánh trái trước (chỉ ra bởi trục trái) chỉ ra bệnh hệ thống dẫn truyền mức độ nặng . Mất sóng R ở các đạo trình trước ngực chỉ ra có thể là kết quả nhồi máu cơ tim cũ, nhưng sóng S sâu ở đạo trình V6 có thể chỉ ra sự chậm dẫn truyền nội thất.

Bạn làm gì ?

Lần gần đây của đau ngực có thể là do nhồi máu cơ tim thêm nữa, hoặc có thể liên quan nhịp chậm do block tim hoàn toàn. Nếu ghi lại ECG và xét nghiệm máu các marker không gợi ý nhồi máu cơ tim thì sau đó cần một máy tạo nhịp Vĩnh viễn. Nếu có bằng chứng nhồi máu cơ tim mới bệnh nhân cần theo dõi chặt chẽ xem sự tiến triển block tim.



ECG40 : một người phụ nữ 30t vừa mang thai và sinh 3 tháng trước phàn nàn về cái khó thở nhưng không có triệu chứng gì khác. Cô ta có một tiếng thổi tâm thu ngắn , và đây là điện tim cô ta. ECG chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

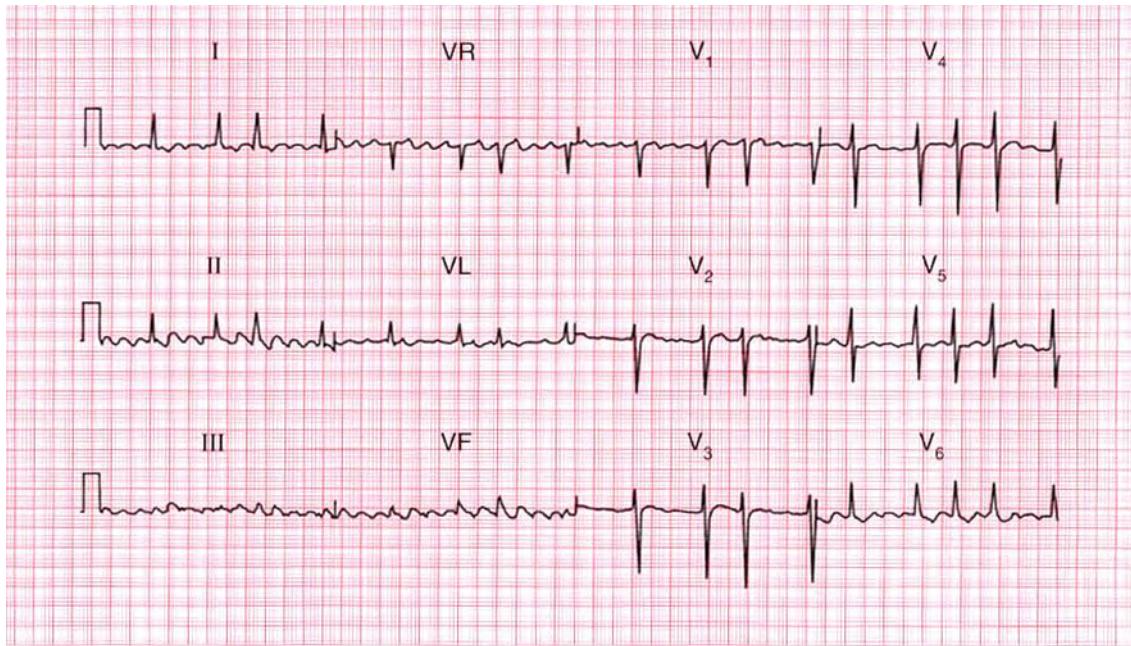
- nhịp xoang
- trực bình thường
- khoảng PR ngắn nhìn rõ nhất ở V5
- sóng R chiếm ưu thế đạo trình V1
- sóng delta ở phức bộ QRS
- sóng T đảo ngược V1-V3

diễn giải lâm sàng

đây là hội chứng W-P-W, liên quan đến khoảng PR ngắn và phức bộ QRS rộng. Ở dạng này có một đường phụ ở bên trái và là typ A rất dễ nhầm với phì đại thất phải.

bạn làm gì ?

hội chứng W-P-W không liên quan đến việc mang thai và sinh đẻ, và không có triệu chứng gợi ý loạn nhịp thì không có bất kỳ giải thích nào cho cái khó thở. Không cần thiết làm gì thêm liên quan hội chứng W-P-W và các nguyên nhân khác khó thở cần xem xét ví dụ như thiếu máu, thuyên tắc phổi.



ECG41 : ECG ghi từ một người đàn bà 70t nhập viện với tình trạng suy tim sung huyết nặng dần lên.
ECG chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

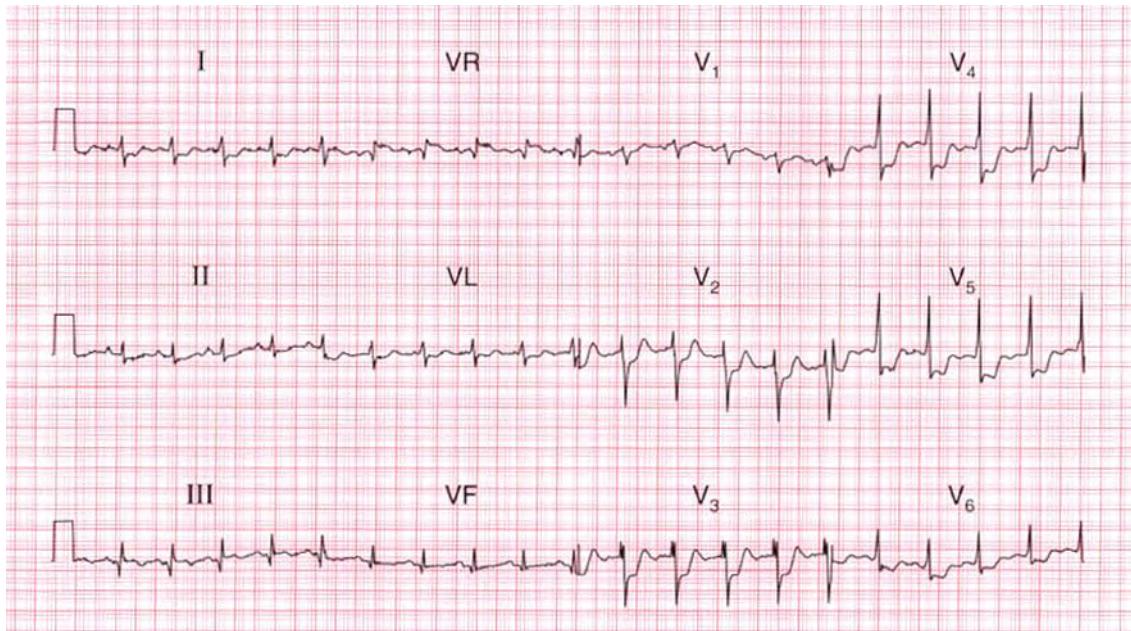
- rung nhĩ
- trực bình thường
- phức bộ QRS bình thường
- đoạn ST chênh xuống dạng dốc xuống ở đạo trình V6

diễn giải lâm sàng

Nhịp ở đây có thể giải thích như là cuồng nhĩ đặc biệt ở DII và V1, tuy nhiên cuồng nhĩ dường như thay đổi liên tục và phức bộ QRS là hoàn toàn không đều, người ta gọi cái này là 'rung cuồng nhĩ'. Đoạn ST chênh xuống gợi ý có thể là do digoxin.

Bạn làm gì ?

'rung cuồng' là dạng đặc trưng của rung nhĩ, và sau này nó được sử dụng làm thuật ngữ đơn giản nhất. Nhịp thất trong trường hợp này là khá nhanh, gợi ý bệnh nhân này chưa được kiểm soát đầy đủ với digoxin. Cần thận trọng kiểm tra nồng độ digoxin của bà ta trước khi tăng liều digoxin. Nhịp thất có thể chậm dần khi điều trị suy tim với UCMC và lợi tiểu. Sử dụng chống đông là cần thiết. Nên làm các xét nghiệm kiểm tra chức năng tuyến giáp.



ECG42 :một người đàn ông 50t , ông ta có cái đau ngực khi gắng sức vào vài tháng trước. Ông ta vào phòng cấp cứu với tình trạng đau ngực kéo dài liên tục 1h, và đây là điện tim của ông ta. Nó chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

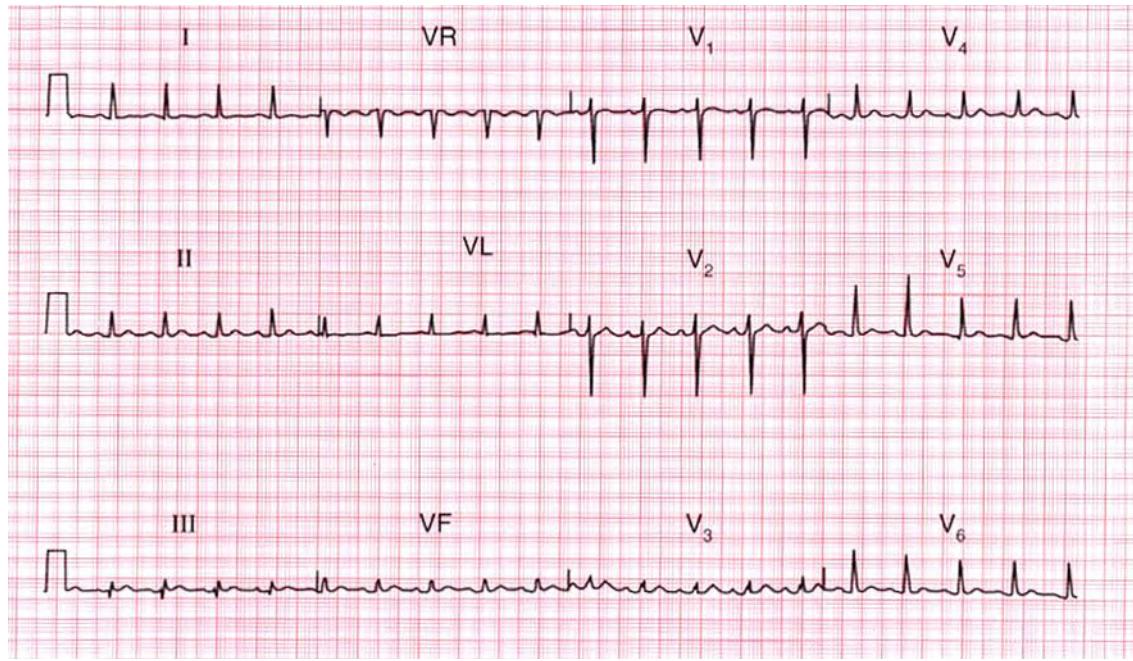
- nhịp xoang tần số 120ck/p
- trục bình thường
- sóng Q nhỏ DIII,AVF
- thời gian QRS bình thường (100ms)
- đoạn ST đi chênh xuống dạng đi ngang ở V3,V4 và đi chêch xuống V5,V6
- đoạn ST đi chênh xuống 5mm ở V3
- sóng T bình thường

diễn giải lâm sàng

Nhịp xoang nhanh phù hợp với cái đau của bệnh nhân. Đoạn ST chênh xuống dạng đi ngang hay đi chêch xuống gợi ý thiếu máu thành trước. Sóng Q nhỏ ở đạo trình dưới có lẽ không có ý nghĩa.

Bạn làm gì ?

Bệnh nhân này rõ ràng có hội chứng vành cẤP (đau thắt ngực không ổn định). Tiêu sợi huyết không có chỉ định với ST chênh xuống. Ông ta cần beta block và nitrat (tĩnh mạch hoặc đường miệng) và có thể cần dẫn xuất morphin . ECG nên ghi mỗi nửa tiếng một lần để phát hiện sự chênh lên của đoạn ST . Ông ta cũng cần chụp động mạch vành để can thiệp sớm (nong băng bóng qua da (PTCA) hay làm cầu nối mạch vành (CBAG))



ECG43 : điện tim đồ ghi ở một người phụ nữ 30t phàn nàn về cái hồi hộp trống ngực. Nó giúp gì cho chẩn đoán ?

Trả lời

- nhịp xoang, tần số 100ck/p
- trục bình thường
- sóng Q nhỏ ở DIII
- các phức bộ khác QRS và sóng T bình thường

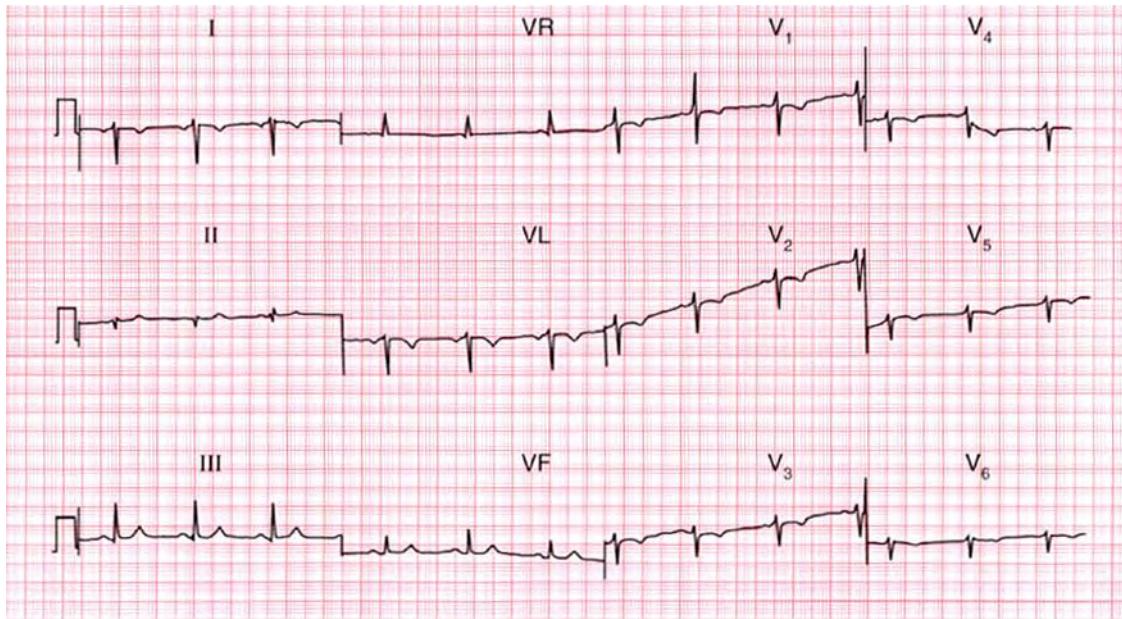
Điễn giải lâm sàng

sóng Q ở đạo trình DIII nhưng bình thường ở AVF. Trong tìm các nguyên nhân gây ra hồi hộp trống ngực thì tiền sử và khám là rất quan trọng, và điện tâm đồ không phải là thường xuyên hữu ích trừ khi nó được ghi khi bệnh nhân có triệu chứng. Một nhịp xoang nhanh liên tục như ở đây có thể là do lo lắng, nhiễm độc giáp, mất máu cấp, thiếu máu hoặc suy tim

Bạn làm gì ?

Điều trị các nguyên nhân cơ bản của nhịp xoang nhanh.

Bệnh nhân này đã kiểm tra và có nhiễm độc giáp.



ECG44 : điện tâm đồ ghi từ một người đàn ông 25t khỏe mạnh trong một lần kiểm tra sức khỏe. Cho một vài nhận xét.

Trả lời

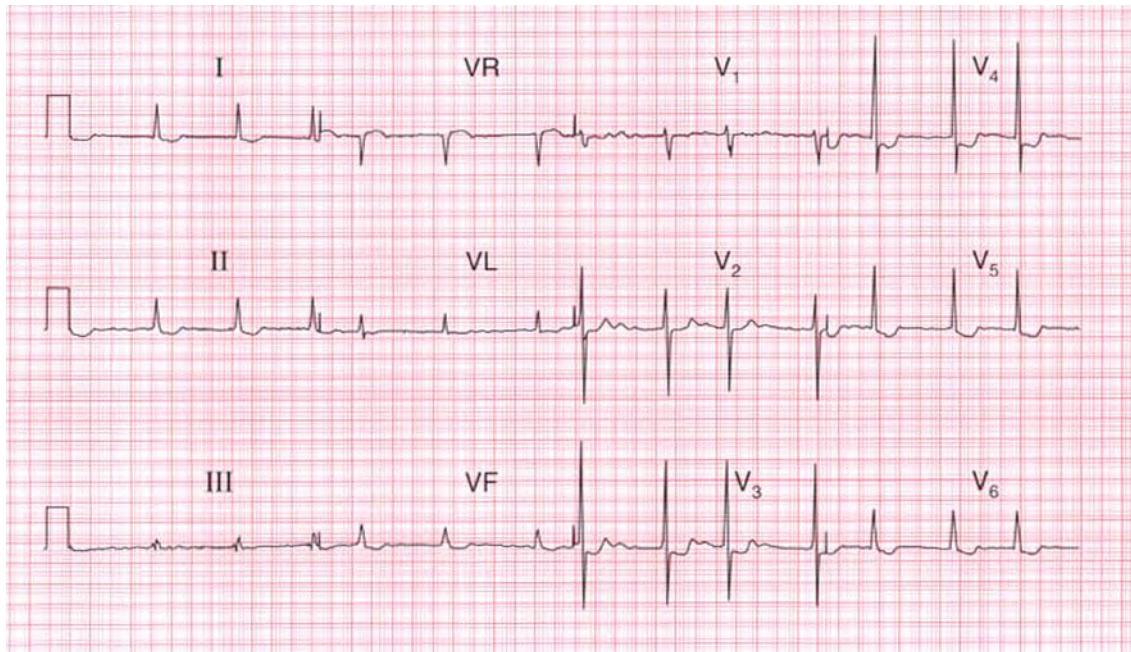
- nhịp xoang
- p đảo ngược ở DI
- trực phải
- QRS bình thường
- Sóng R chiếm ưu thế ở AVR
- Sóng R không phát triển ở đạo trình trước ngực , với đạo trình V6 còn dạng của thất phải

Điễn giải lâm sàng

Đây là chứng tim sang phải. Một điện tim bình thường sẽ được ghi khi đảo ngược các đạo trình chi và các đạo trình trước ngực đặt trong các khoảng sườn bên phải.

bạn làm gì ?

đảm bảo rằng các điện cực được gắn đúng cách , thì sóng P đảo ngược ở DI sẽ được nhìn thấy khi đảo ngược đạo trình tay phải và tay trái. Tuy nhiên điều này sẽ không ảnh hưởng đến các đạo trình trước ngực.



ECG45 : một người đàn bà 80t đang điều trị suy tim vài năm nay than phiền vì buồn nôn và ói mửa. Không có tiền sử bệnh án trước đây. ECG của bà giúp gì cho điều trị bà ta ?

Trả lời

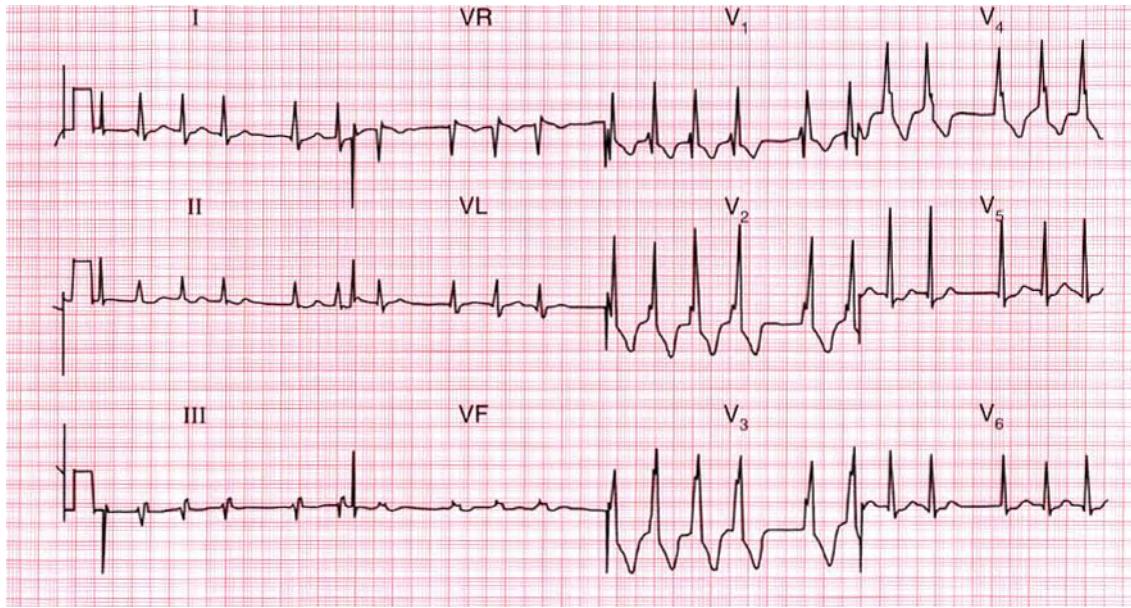
- Rung nhĩ, nhịp thất 80ck/p
- Trục bình thường
- QRS bình thường
- Đoạn ST đi chênh xuống dạng dốc xuống, đặc biệt ở V4,V6
- Sóng T

Điều giải lâm sàng

ECG chỉ ra rung nhĩ với tần số thất được kiểm soát. Không có gì trên điện tim này gợi ý nguyên nhân của loạn nhịp hoặc suy tim của bệnh nhân. ST chênh xuống dạng lõm chén gợi ý bệnh nhân đang điều trị bằng digoxin. ECG không cho thấy độc tính của digoxin, tuy nhiên nó rất có thể là nguyên nhân gây buồn nôn cho bà ta.

Bạn làm gì ?

Điều trị bằng digoxin nên tạm ngưng, và bà ta nên định lượng kali huyết tương và nồng độ digoxin.



ECG46 : một người đàn ông 60t có tim và điện tim bình thường trước khi phẫu thuật, ông ta xuất hiện đau ngực kiểu màng phổi khi ho sau khi cắt túi mật vài ngày. Đây là điện tim ông ta ,nó chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

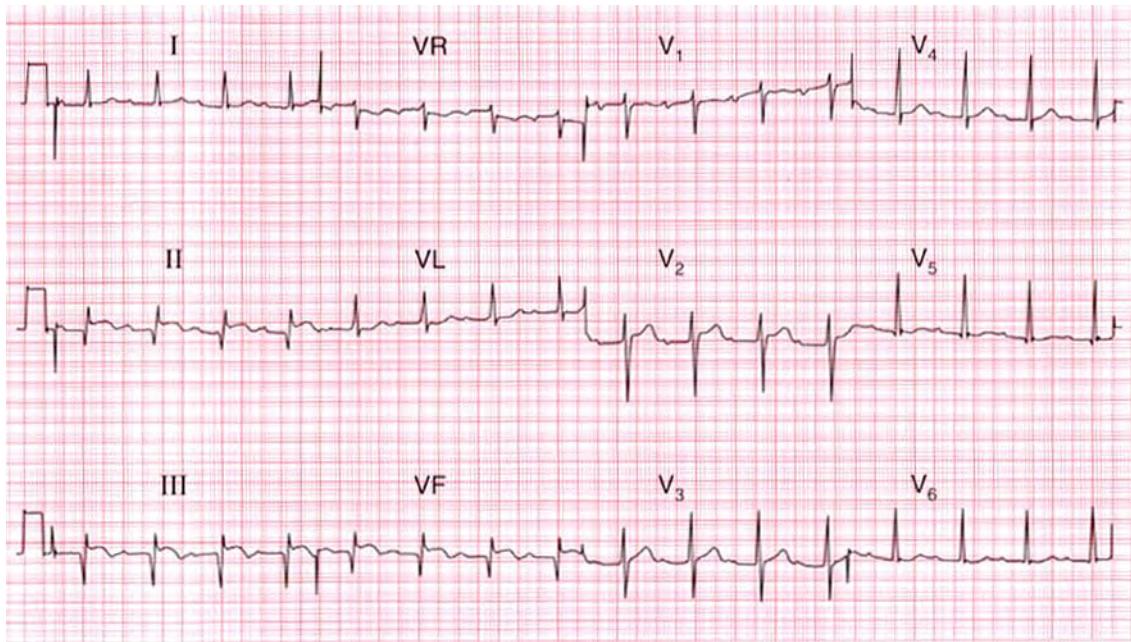
- Rung nhĩ
- Trục bình thường
- Block nhánh phải

Điễn giải lâm sàng

Trong điện tâm đồ này thì các sóng p' lăn tăn của rung nhĩ là không rõ ràng, nhưng nhịp của các phức bộ QRS không đều. Nhịp không đều cùng với block nhánh phải có thể là do một nhiễm trùng vùng ngực nhưng nhiều khả năng nguyên nhân là do nhồi máu phổi.

Bạn làm gì ?

Ở bệnh nhân sau phẫu thuật, thuốc chống đông có thể luôn luôn là nguyên nhân gây ra chảy máu . Tuy nhiên nguy cơ tử vong do nhồi máu phổi là rất cao vì vậy bệnh nhân cần ngay lập tức dùng heparin trong khi làm các biện pháp (chụp XQ, công thức máu,cấy đờm, CT phổi) để phân biệt nhiễm trùng vùng ngực và nhồi máu phổi .



ECG47 : điện tim đồ ghi ở một người đàn ông 50t xuất hiện đau ngực mức độ nặng lan ra sau lưng. Cơn đau đã xuất hiện trong 6h. Điện tim chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

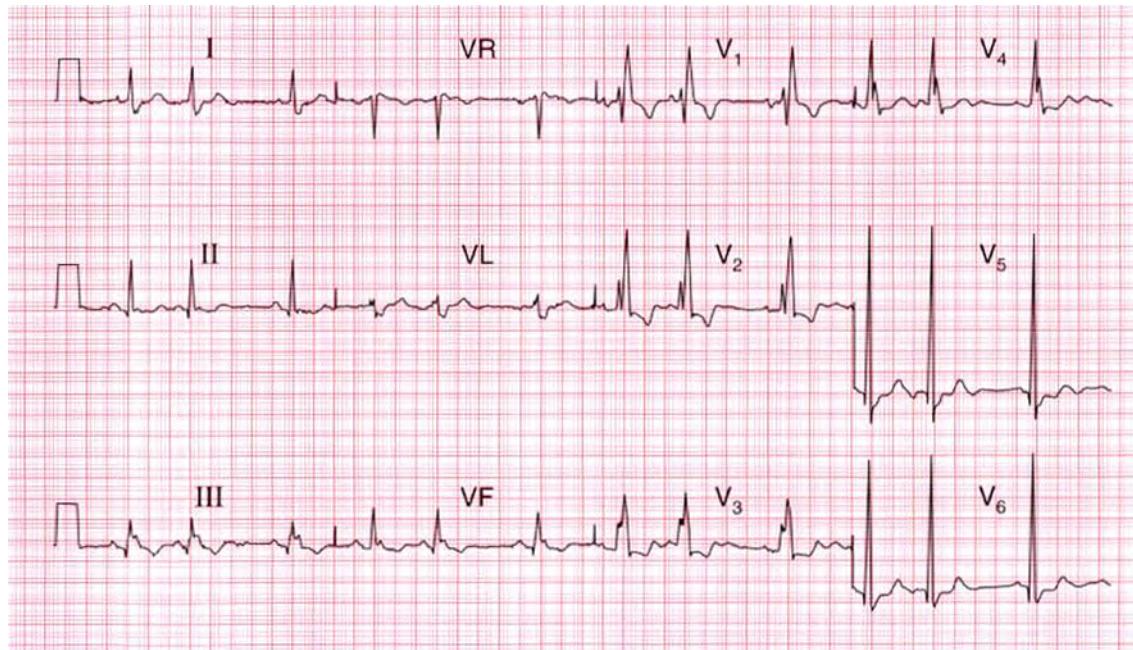
- Nhịp xoang
- Khoảng PR 320ms – block AV độ I
- Q ở DII,DIII,AVF
- Đoạn ST chênh lên DII,DIII,AVF
- Sóng T đảo ngược DIII,AVF

Điễn giải lâm sàng

ECG chỉ ra nhồi máu cơ tim thành dưới, nó thường là nguyên nhân gây ra bloc AV độ I. sóng Q và Đoạn ST chênh lên là phù hợp với xuất hiện đau ngực trong 6h và bloc AV độ I là không quan trọng

Bạn làm gì ?

Đau ngực lan ra sau lưng làm tăng khả năng bóc tách động mạch chủ, có thể bít đường vào động mạch vành gây nên nhồi máu . Tuy nhiên ,nó tương đối là hiếm trong khi đau lưng liên đến nhồi máu là phổ biến . Nếu không có tiền sử hoặc kiểm tra không có dấu hiệu gợi ý bóc tách , tiêu sợi huyết nên được cho.



ECG48 : ECG ghi ở một phụ nữ 23t có thai đã tìm thấy một tiếng thổi ở tim cô ta . ECG chỉ ra cái gì và có thể có những vấn đề gì ?

Trả lời

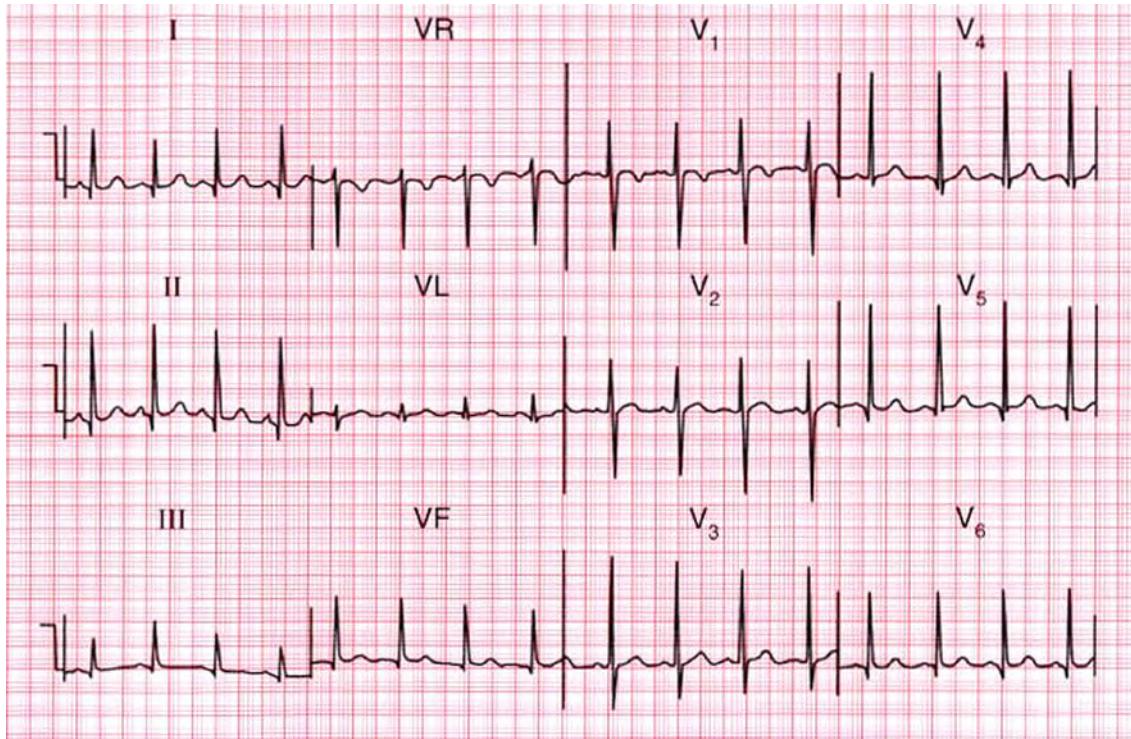
- Nhịp xoang
- Ngoại tâm thu trên thất
- Khoảng PR bình thường
- Trục bình thường
- QRS giãn rộng (160ms)
- Dạng RSR ở V1
- Sóng S rộng ở V6
- Sóng T đảo ngược V1-V3

Điễn giải lâm sàng

QRS giãn rộng với dạng RSR ở V1 và S rộng V6 cùng với T đảo ngược ở V1-V3 chỉ ra block nhánh phải. Ngoại tâm thu trên thất bởi vì QRS có dạng giống như ở nhịp xoang , nó có nguồn gốc từ nhĩ vì mỗi sóng T trước nó có dạng hơi khác với T từ nhịp xoang.

Bạn làm gì ?

Hồi hộp trống ngực mà bệnh nhân than phiền có thể là kết quả của ngoại tâm thu : nó rất quan trọng để bảo đảm rằng nó phù hợp với triệu chứng cô ta. Block nhánh phải ở người trẻ tuổi có thể chỉ điểm của một thông liên nhĩ và cô ta cần làm siêu âm tim. Tiếng thổi ở tim có thể liên quan với khuyết vách nhĩ nhưng cũng có thể là 'tiếng thổi dòng ' (cơ năng) do tăng cung lượng tim liên quan với có thai.



ECG49 : ECG ghi được từ một bé gái 9t không có triệu chứng gì nhưng tìm thấy một tiếng thổi tại tim trong cuộc kiểm tra sức khỏe . Bạn có nhận xét gì về tiếng thổi ấy.

Trả lời :

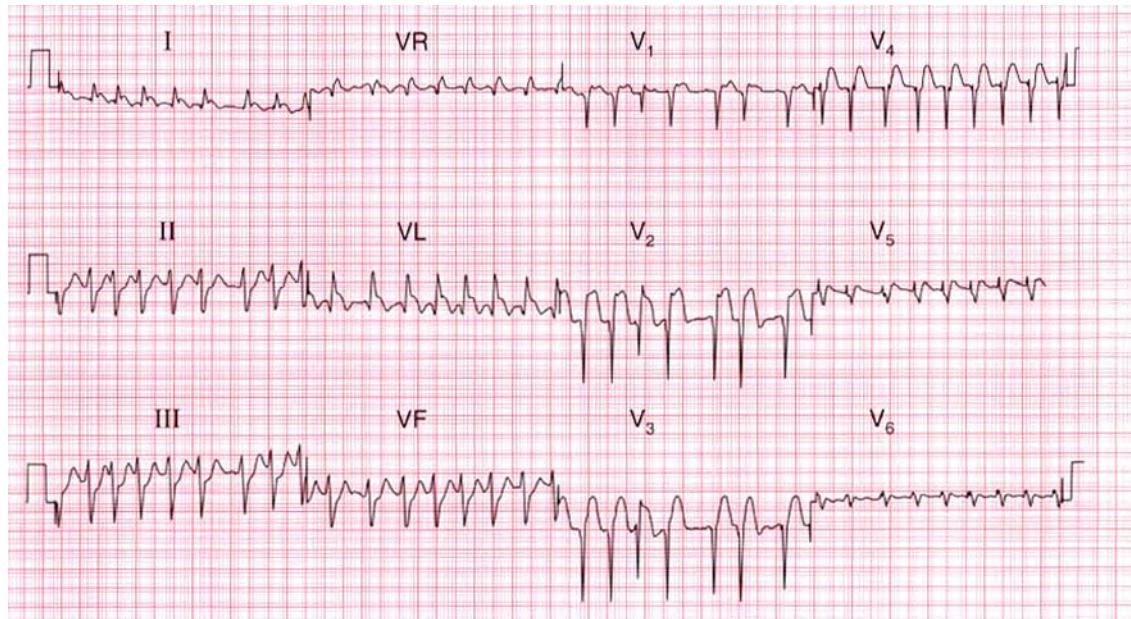
- Nhịp xoang 100ck/p
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường,nhưng sóng Q hẹp,sâu D1,DII,V4-V6
- T đảo ngược ở đạo trinh V1

Điễn giải lâm sàng

Nhịp xoang nhanh với QRS hẹp, sóng Q' vách ' nổi bật là đặc trưng của ECG trẻ em. Sóng T đảo ngược ở đạo trinh V1 là bình thường ở mọi lứa tuổi. ECG giúp loại trừ nguyên nhân nghiêm trọng của tiếng thổi ở tim, nhưng trong trường hợp này đã không giúp gì nhiều.

Bạn làm gì ?

Nếu nghi ngờ, siêu âm tim sẽ cho thấy những cấu trúc bất thường nghiêm trọng của tim.



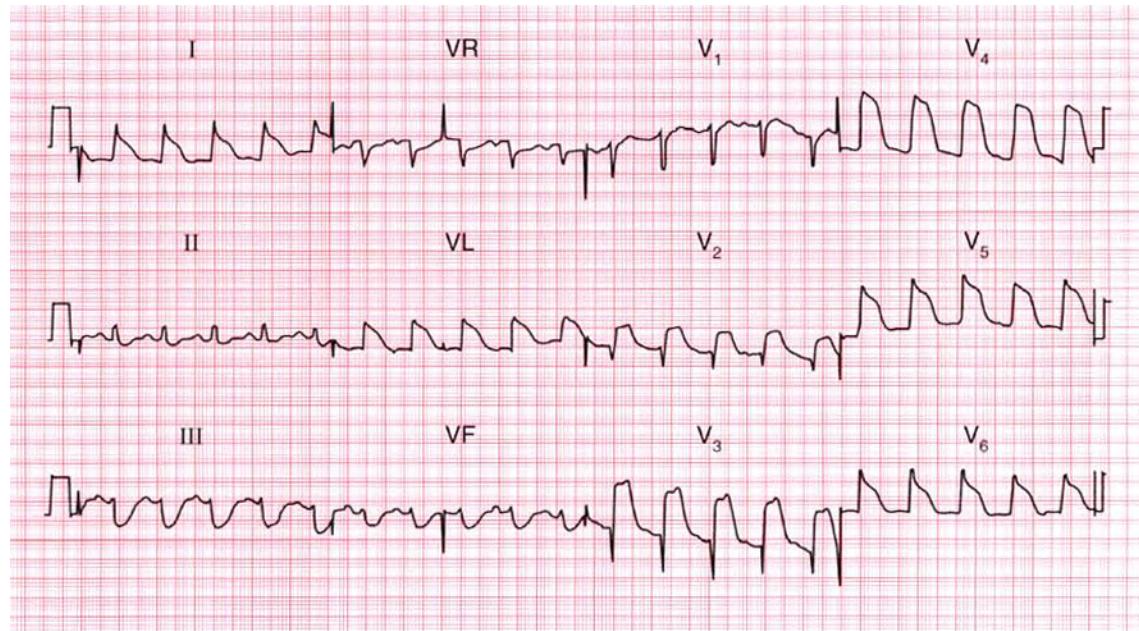
- ECG50 : điện tâm đồ ghi từ một người đàn ông bị tiểu đường được ghi nhận bởi sự xuất hiện đột ngột phù phổi . bạn nghĩ gì về hiện tượng này ?

Trả lời

- Rung nhĩ với tần số khoảng 180ck/p
- Trục T
- Phức bộ QRS bình thường
- Sóng Q V2-V4
- Đoạn ST chênh lên DI, AVL, V2-V4

Điễn giải lâm sàng

ECG chỉ ra rung nhĩ với nhịp thất không được kiểm soát, bloc phân nhánh trái trước và nhồi máu cơ tim cấp thành trước bên. Sự khởi đầu rung nhĩ có thể là nguyên nhân hoặc kết quả của nhồi máu cơ tim và nhịp nhanh thất sẽ là một phần của phù phổi. block phân nhánh trái trước có thể là kết quả của nhồi máu . Bệnh nhân có thể không thấy đau bởi ông ta bị tiểu đường.



ECG52 : ECG ghi từ một người phụ nữ 65t được nhập viện cấp cứu vì đau ngực mức độ nặng khoảng 1h. ECG chỉ ra điều gì ? bạn sẽ cho kiểm tra những gì khác nữa ?

Trả lời

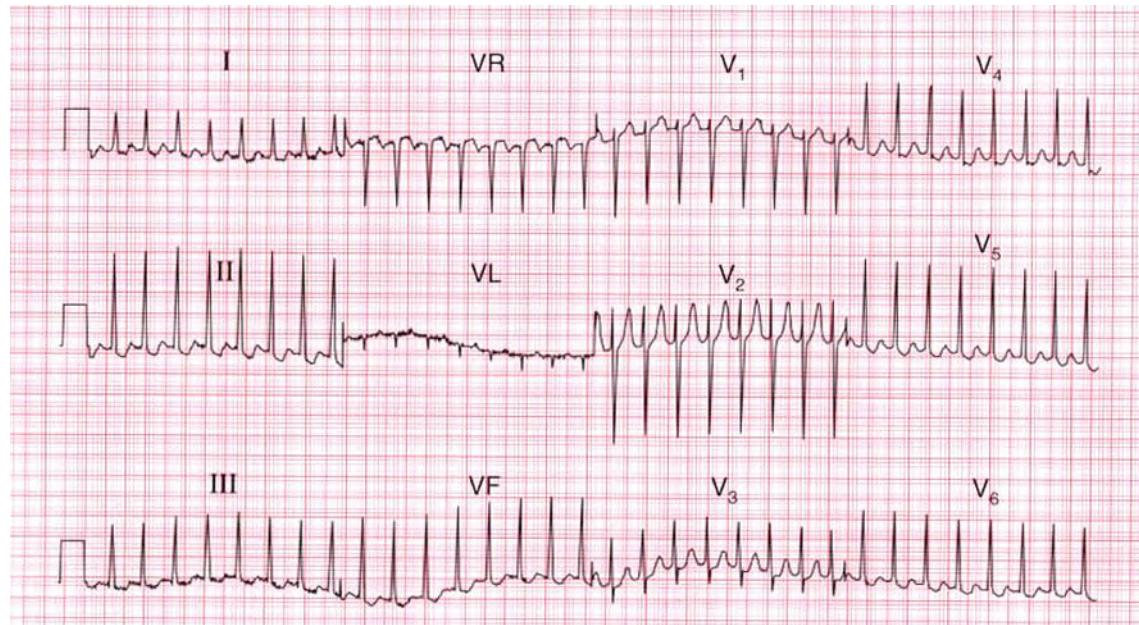
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- QRS có thể bình thường
- Đoạn ST chênh lên ở đạo trình thành trước và thành bên
- Đoạn ST chênh xuống đạo trình thành dưới

Điều giải lâm sàng

Nhồi máu cơ tim thành trước bên. Ở đạo trình thành bên aVL và V4-V6 khó nhìn thấy kết thúc QRS và bắt đầu ST, nhưng ở DII rõ ràng QRS có chiều rộng bình thường.

Bạn làm gì ?

Nếu bệnh nhân này có tiền sử gợi ý nhồi máu cơ tim và điện tim đồ này có, thì không cần kiểm tra gì hơn trong giai đoạn cấp tính của bệnh và cụ thể là không cần chụp XQ ngực. Như thường lệ cho điều trị nhồi máu cơ tim là giảm đau, aspirin và tiêu sợi huyết nên bắt đầu ngay lập tức.



ECG53 :một người phụ nữ 45t phàn nàn về sự xuất hiện thường xuyên những cơn nhịp nhanh trong 20 năm qua, và cuối cùng đã ghi lại được ECG trong thời gian xuất hiện cơn đấy. Cái hồi hộp ngực đó là do gì và bạn sẽ làm gì ?

Trả lời

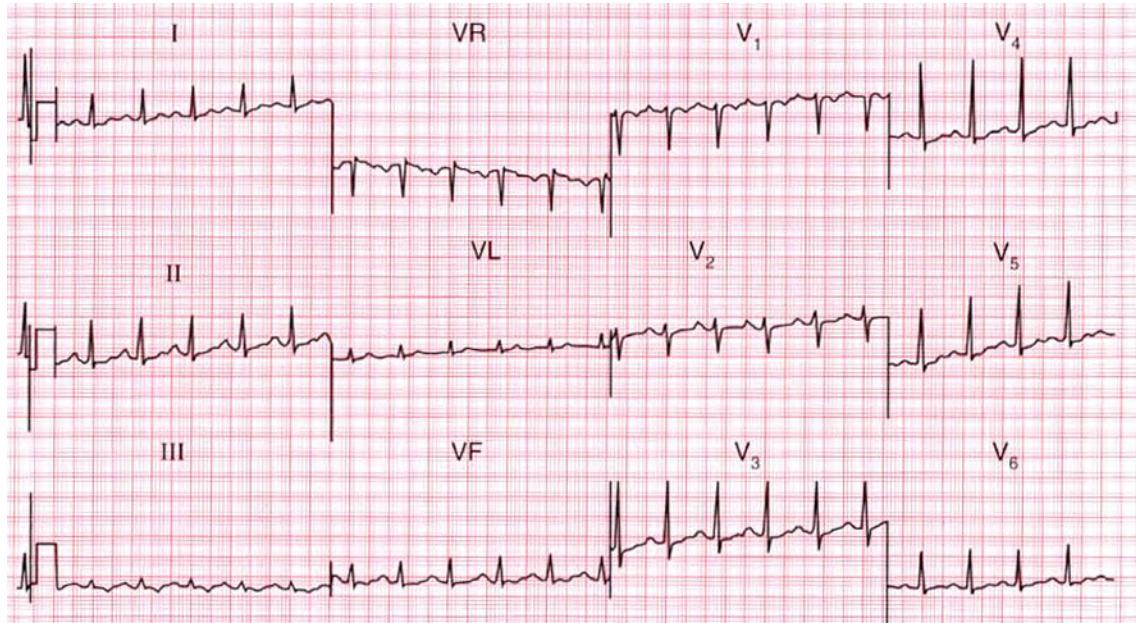
- Nhịp nhanh phức bộ QRS hép tần số 200ck/p
- Sóng p không thể nhìn thấy
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Một số đoạn ST hơi chênh xuống

Điển giải lâm sàng

ECG chỉ ra nhịp nhanh trên thất có thể là nhịp bộ nối. Nhịp như trên thường là do đường vào lại trong hoặc gần nút nhĩ thất . ST chênh xuống có thể là chỉ điểm của thiếu máu cơ tim , nhưng đoạn ST chênh xuống không đi ngang , cũng không chênh xuống nhiều hơn 2mm , vì vậy nó có thể không có ý nghĩa.

Bạn làm gì ?

Đầu tiên cần xoa xoang cảnh có thể sẽ kết thúc cơn . Nếu không thành công nó sẽ hầu như chắc chắn đáp ứng với adenosin. Với bất kỳ cơn nhịp nhanh, sốc điện có thể phải xem xét nếu huyết động không ổn định. Khi nhịp xoang đã được phục hồi bệnh nhân cần được dạy các phương pháp khác nhau (ví dụ nghiệm pháp valsava) để họ có thể làm để chấm dứt cơn. Thuốc phòng bệnh có thể không cần nếu cơn xuất hiện ít , nhưng hầu hết bệnh nhân có vấn đề này cần làm một thăm dò điện sinh lý để cố gắng xác định đường vào lại để có thể cắt bỏ .



ECG54 : ECG của một người phụ nữ 35t phàn nàn về khó thở. Cô ta rất lo lắng nhưng kiểm tra không thấy có bất thường. Điện tâm đồ giúp được gì cho chẩn đoán và quản lý cô ta ?

Trả lời

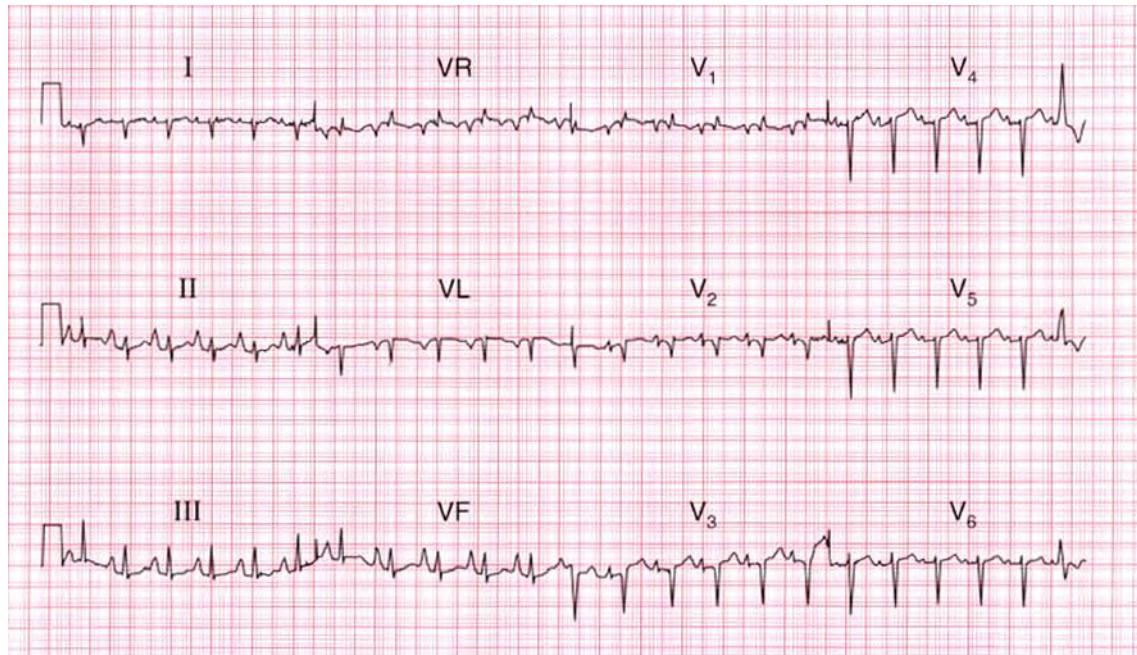
- Nhịp xoang tần số 120ck/p
- Trục bình thường
- QRS bình thường
- Đoạn ST chênh xuống nhẹ dạng dốc xuống, đặc biệt ở V4
- Sóng T dẹt ở các đạo trình
- T đảo ngược ở DIII

Điều giải lâm sàng

Một nhịp xoang nhanh sẽ phù hợp với cái lo lắng, các nguyên nhân khác nhau của cung lượng cao cần được xem xét (có thai, cường giáp , thiếu máu cơ tim, giảm thể tích tuần hoàn, tăng CO₂, beri-beri). Đoạn ST và sóng T thay đổi là không đặc hiệu , cái khó thở bệnh nhân có thể là do tăng thông khí. ECG này không giúp được gì cho chẩn đoán và quản lý cô ta

Bạn làm gì ?

Nếu tiền sử và kiểm tra không gợi ý bất kì dấu hiệu bệnh thực thể nào, tiếp tục kiểm tra cũng không giúp được gì hơn.



ECG55 : Điện tim đồ ghi từ bệnh nhân 60t vào viện vì khó thở mức độ nặng, mà đã tiến triển trong nhiều năm . áp lực tĩnh mạch cảnh của ông ta tăng. Bạn nghĩ sao về vấn đề này.

Trả lời

- Nhịp xoang 140ck/p
- Có một ngoại tâm thu thất
- Sóng P cao nhọn nhìn rõ DII,DIII,AVF
- Khoảng PR bình thường
- Trục phải
- Sóng R chiếm ưu thế ở V1
- S sâu ở V6
- Đoạn ST và sóng T bình thường

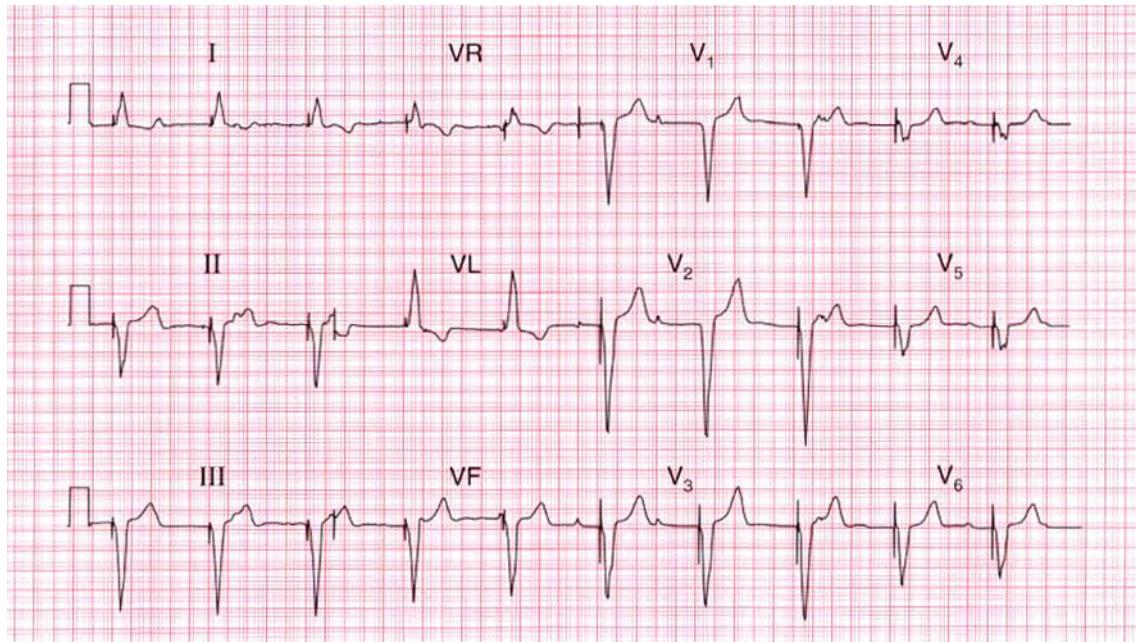
Điển giải lâm sàng

Nhịp xoang nhanh cho thấy một vấn đề quan trọng . Sóng P cao nhọn gợi ý dolly nhĩ phải .

Trục phải và sóng R chiếm ưu thế ở V1 gợi ý dày thất phải. sóng S sâu ở V6,R thấp ở các đạo trình trước tim trái, gợi ý tim xoay theo chiều kim đồng hồ, với tâm thất phải chiếm ưu thế vùng trước tim. Những thay đổi trên gợi ý bệnh của phổi.

Bạn làm gì ?

Điện tâm đồ hoàn toàn những thay đổi về bên phải có thể khẳng định rằng bệnh do bệnh phổi mạn tính hoặc thuyên tắc phổi tái phát. Tiền sử phù hợp với phổi có vấn đề. Áp lực tĩnh mạch cổ tăng có lẽ là do ú trệ thất phải hoặc các mạch máu phổi. Nhịp xoang nhanh là đáng lo lắng và gợi ý suy hô hấp.



ECG57 : nhân viên ở bộ phận cấp cứu bối rối bởi điện tim của bệnh nhân 80t bị đột quỵ bất tỉnh. Nhân viên bộ phận cấp cứu đã quên cái gì ?

Trả lời

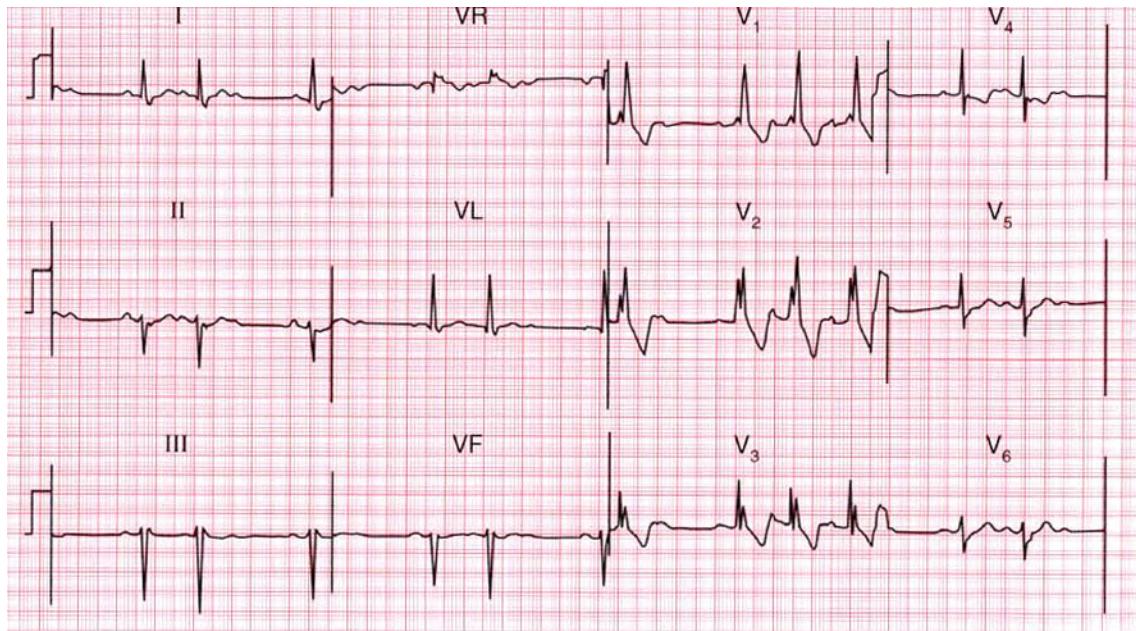
- Nhịp đều 60ck/p
- Sóng P thường xuyên không liên quan đến phức bộ QRS
- Trục T
- Vạch sắc nét đi trước phức bộ QRS
- Phức bộ QRS giãn rộng
- S sâu ở V6
- T đảo ngược DI,AVL

Điển giải lâm sàng

Phức bộ QRS giãn rộng chỉ ra hoặc là ngoại tâm thu trên thất với bloc nhánh hoặc nhịp thất. Đây là nhịp thất . Vạch sắc nét đi trước mỗi phức bộ QRS là kết quả của máy tạo nhịp. Sóng P đôi khi có thể nhìn thấy chỉ ra rằng đấy là nhịp cơ bản, lý do tại sao máy tạo nhịp đưa vào cơ thể là do bloc tim hoàn toàn.

Bạn làm gì ?

Nhân viên bộ phận cấp cứu đã quên máy tạo nhịp, nó thường cấy dưới xương đòn trái . Không có lý do cụ thể tại sao máy tạo nhịp liên quan đến đột quỵ. Ngoại trừ bệnh nhân này bị bệnh mạch máu ở một trong những vùng khác gây ra nó – Người đàn ông này có thể có cả bệnh mạch vành và mạch não.



ECG58 : Một phụ nữ 70t phàn nàn về thỉnh thoảng xuất hiện cơn chóng mặt,mạch không đều. Có 3 điều bất thường . Bạn có lời khuyên gì đưa ra với cô ấy ?

Trả lời

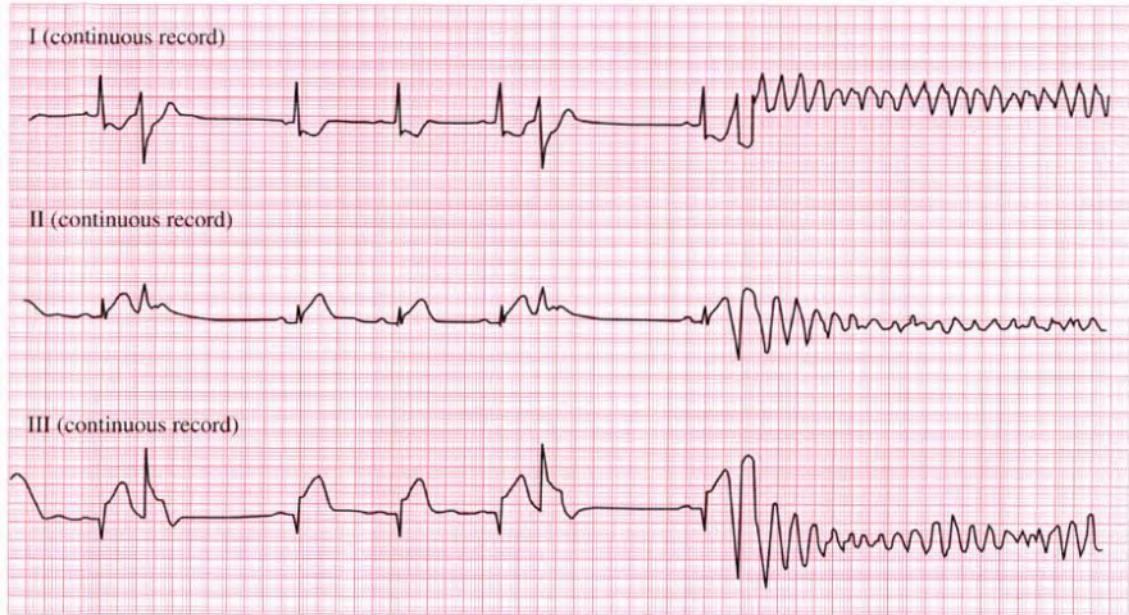
- Nhịp xoang
- Khoảng PR bình thường và không đổi trong các nhịp có dẫn
- Sóng P đôi khi không có dẫn truyền
- Trục trái
- Block nhánh P

Điễn giải lâm sàng

Kết hợp của bloc AV độ II (mobit II) cộng trục trái (bloc phân nhánh trái trước) với bloc nhánh phải chỉ ra bệnh trong hệ thống dẫn truyền. Sự kết hợp các bất thường dẫn truyền trên đôi khi được gọi là bloc ba bó.

Bạn làm gì ?

Sự chóng mặt từng đợt có thể là do xuất hiện bloc tim hoàn toàn. Tạo nhịp Vĩnh viễn là điều cần thiết.



ECG59 : một người đàn ông 50t đến phòng cấp cứu vì đau ngực. Điện tim ghi được trong khi ông ta bị ngất . chuyện gì đã xảy ra và bạn phải làm gì ?

Trả lời :

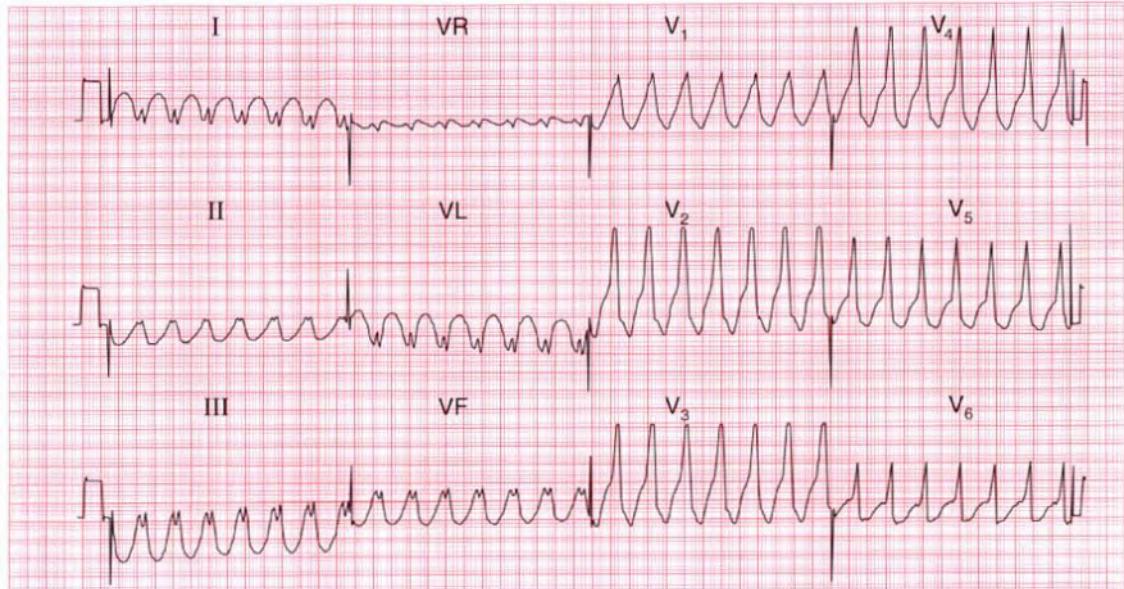
- Nhịp xoang với ngoại tâm thu thất
- Ngoại tâm thu thứ 3 xuất hiện ngay trên đỉnh sóng T của nhịp xoang trước.
- Sau 3 hoặc 4 nhịp nhịp nhanh thất xuất hiện rung thất
- Trong nhịp xoang thì thấy sóng Q ở đạo trình DIII, ST chênh lên ở DII,DIII và ST chênh xuống ,T đảo ngược ở đạo trình DI

Điều giải lâm sàng

Mặc dù chỉ ghi được ở đạo trình DI,DII,DIII nhưng có vẻ đau ngực là kết quả nhồi máu cơ tim thành sau dưới . Nó có thể là nguyên nhân của ngoại tâm thu thất và ngoại tâm thu dạng 'R on T' là nguyên nhân nhịp nhanh thất, và nhanh chóng trở thành rung thất. Có thể lý luận rằng ở đạo trình DIII và có lẽ cũng ở DI nhịp nhanh thất xoắn đỉnh là diễn ra , nhưng ở đạo trình DII thì không rõ ràng.

Bạn làm gì ?

Đấm vùng trước ngực và sốc điện khử rung ngay lập tức . Nếu không có máy phá rung trong tay thì hồi sinh tim phổi nên được thực hiện và các quy trình thông thường quản lý ngăc chặn bệnh tim mạch được thiết lập.



ECG60 : một người đàn ông 60t phàn nàn về đau ngực mức độ nặng, và một vài phút sau xuất hiện khó thở và ngất . Ông được đưa đến phòng cấp cứu ở đây nhịp tim ông ta là 150ck/p và huyết áp thì không đo được và ông ta có dấu hiệu của suy thất trái. Đây là điện tim của ông ta. Chuyện gì đã xảy ra và bạn phải làm gì ?

Trả lời

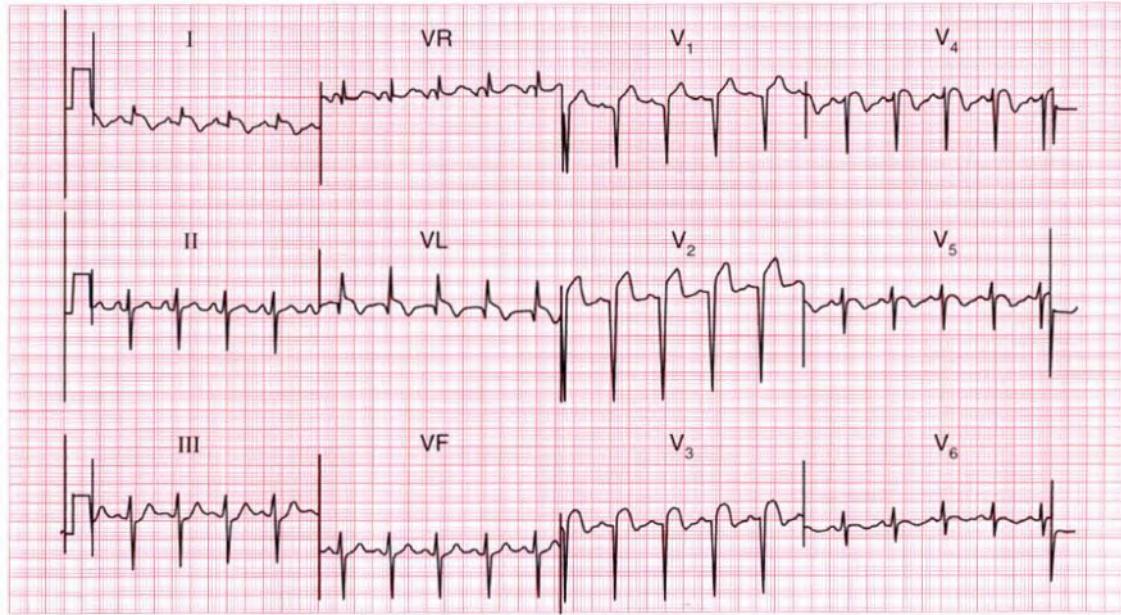
- Nhịp nhanh phức bộ giãn rộng 150ck/p
- Sóng P không thể nhìn thấy
- Trục bình thường
- Thời gian QRS khoảng 200ms
- Các phức bộ QRS của các đạo trình trước tim đều hướng lên trên

Điển giải lâm sàng

Nhịp nhanh với phức bộ QRS giãn rộng có thể bắt nguồn từ thất hoặc có thể là nhịp nhanh trên thất dẫn truyền lệch hướng (nghĩa là bloc bó nhánh). Ở đây phức bộ QRS rất rộng và các phức bộ QRS cùng hướng với nhau gợi ý nhịp nhanh thất . Ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim giả định nhịp đó là thất luôn luôn là an toàn . Từ tiền sử gợi ý bệnh nhân này nhồi máu cơ tim nó phát triển thành nhịp nhanh thất , nhưng cái đau ngực cũng có thể là kết quả của thiếu máu

Bạn làm gì ?

ở bệnh nhân này có huyết động không ổn định-huyết áp tụt- suy tim nên cần sốc điện chuyển nhịp ngay. Trong khi chờ chuẩn bị thực hiện sốc điện thì sẽ hợp lý cố gắng dùng lidocain hoặc cordarone đường tĩnh mạch.



ECG61 : một người đàn ông 70t có tiền sử đau ngực khi gắng sức và khó thở vài năm nay vào viện vì đau ngực mức độ nặng. Đây là điện tim của ông ta, nó chỉ ra cái gì và bạn sẽ tìm thấy dấu hiệu thực thể gì ?

Trả lời

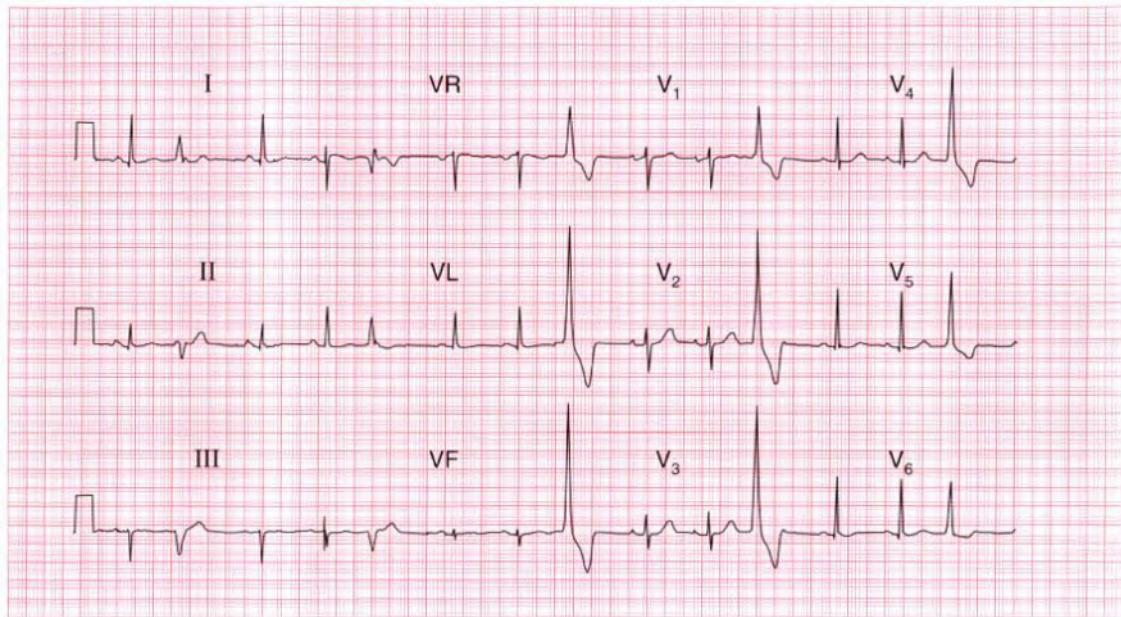
- Nhịp xoang
- Trục trái
- Sóng Q ở AVL, dạng QS ở V2-V3
- S trội ở V5,V6
- ST chênh lên và đảo ngược D1, AVL
- ST chênh lên ở V2-V3 với T hai pha V3-V4

Điều giải lâm sàng

Trục trái là do bloc phân nhánh trái trước , có thể liên quan với nhồi máu thể hiện ở các đao trinh thành trước. Rất khó để chắc chắn thời gian của nhồi máu này. Điện tâm đồ này dường như thể hiện nhồi máu cấp vùng thành bên. Sóng S trội ở V5,V6 gợi ý bệnh lý phổi mạn tính.

Bạn làm gì

Bệnh nhân có lẽ có tổn thương khá nặng vùng thất trái và có thể có dấu hiệu của suy tim trái, ông ta cũng có thể có các dấu hiệu của bệnh đường hô hấp mạn tính.



ECG62 : ECG của một người phụ nữ 30t phàn nàn vì nhịp tim không đều đặc biệt khi nằm ngủ buổi tối. Cô ta rất lo lắng về bệnh tim của cô ta. Bạn sẽ tư vấn gì với cô ta ?

Trả lời

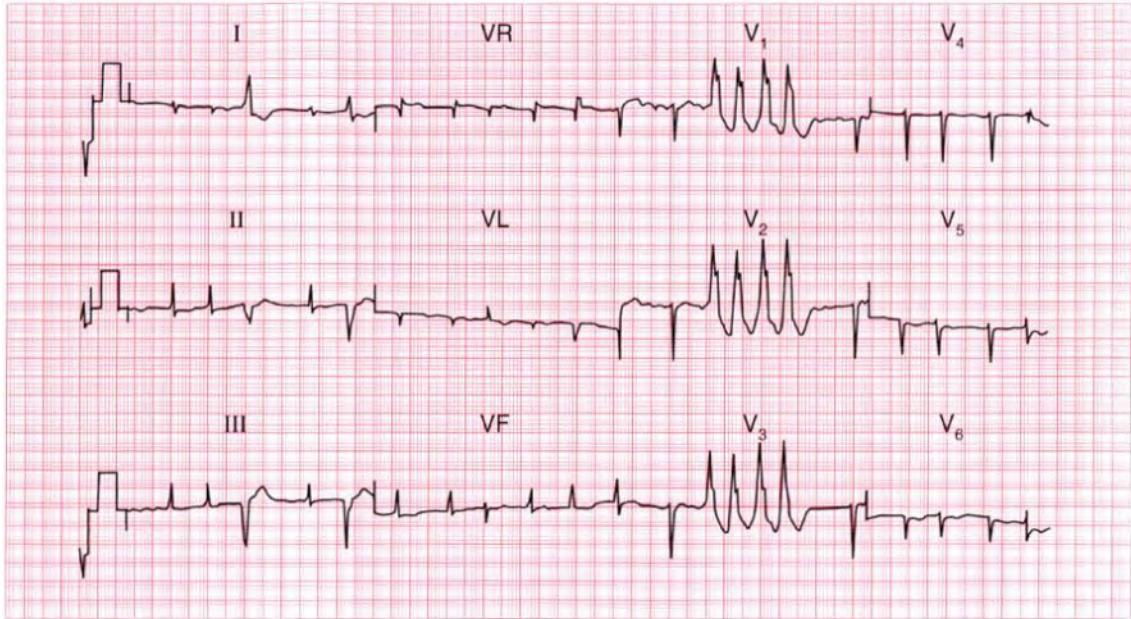
- Nhịp xoang 85ck/p
 - Ngoại tâm thu thất
 - Ở nhịp xoang trực bình thường
 - Nhịp xoang có phức bộ QRS, đoạn ST và T bình thường
- diễn giải lâm sàng

ECG là bình thường trừ ngoại tâm thu thất. Trong tiền sử và kiểm tra không có dấu hiệu gì gợi ý bệnh tim, ngoại tâm thu là không quan trọng.

Bạn làm gì ?

Bệnh nhân có thể yên tâm rằng ngoại tâm thu bản thân nó không chỉ ra bệnh tim. Cô ta cần được tư vấn bỏ thuốc lá, kiêng rượu, cafe và trà để cho các ngoại tâm thu ít ảnh hưởng.

Thuốc tốt nhất nên tránh, nhưng nếu cô ấy vẫn khăng khăng muốn điều trị thì chẹn beta là an toàn nhất.



ECG63 :một người đàn ông 60t đang điều trị tại bệnh viện phàn nàn về hồi hộp ngực . Đây là điện tim của ông ta. Bạn nghĩ bệnh cơ bản là gì và hồi hộp ngực là do cái gì ?

Trả lời

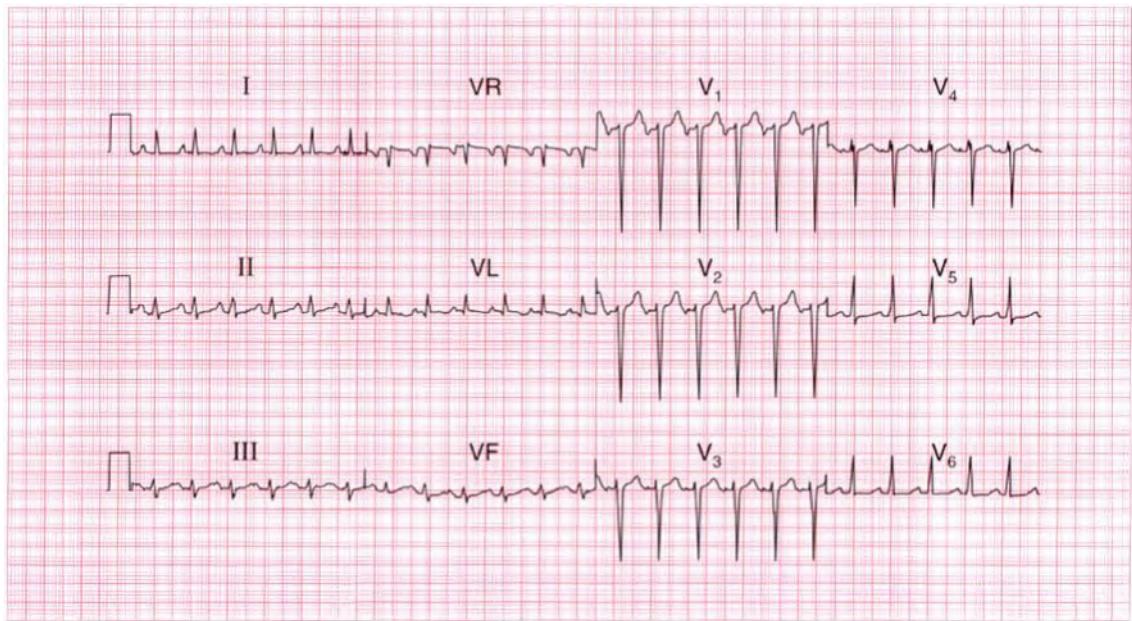
- rung nhĩ
- ngoại tâm thu thất với 2 dạng khác nhau (nhìn rõ nhất ở DII)
- có một đoạn nhanh thất ngắn với 4 nhịp
- phức bộ QRS nhỏ
- sóng R không phát triển ở các đạo trình trước ngực, sóng S chiếm ưu thế ở đạo trình V6
- T đảo ngược ở V5,V6

Điều giải lâm sàng

Điện tim gợi ý một bệnh lý phổi mạn tính – các phức bộ nhỏ, trực phải, tim xoay theo chiều kim đồng hồ đến tận V6 vẫn còn hiển thị các phức bộ của thất Phải. rung nhĩ có thể là thứ phát từ bệnh lý phổi,mặc dù khả năng khác cần được xem xét. Tình trạng phổi của bệnh nhân có thể được điều trị bằng kích thích beta , và đây có thể là nguyên nhân gây ngoại tâm thu thất và nhịp nhanh thất.

Bạn làm gì ?

Dừng lại việc dùng kích thích beta nhưng không được dừng chẹn beta. Kiểm tra nồng độ các chất điện giải . xem xét khả năng ngộ độc digoxin.



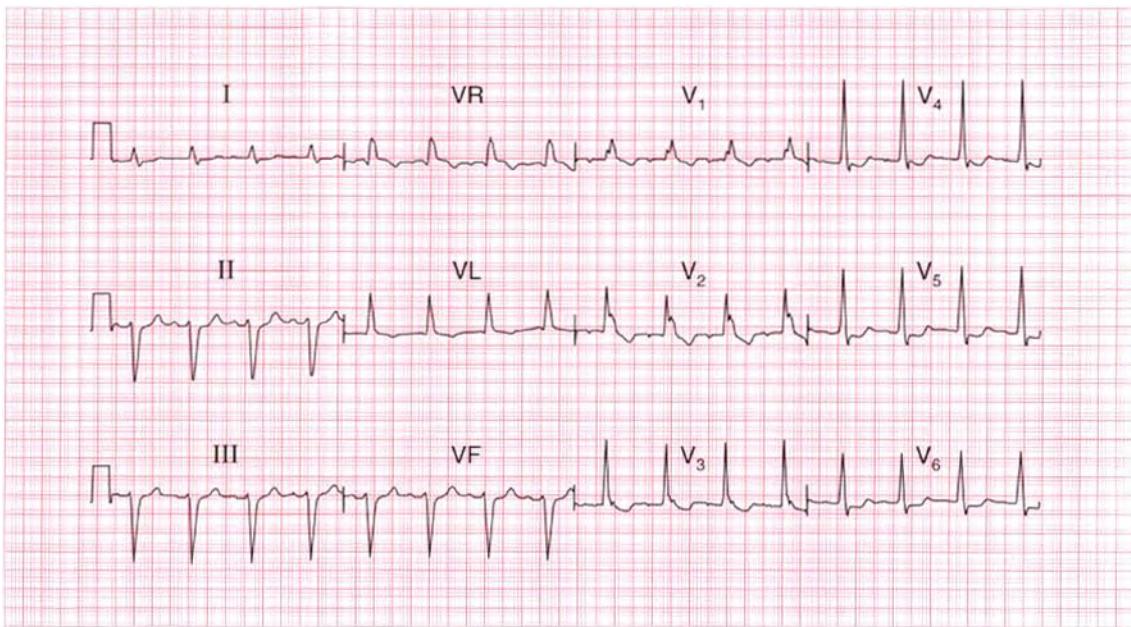
ECG64 : một người đàn ông 45t phàn nàn về hồi hộp trống ngực, giảm cân và lo lắng . huyết áp ông ta là 180/110mmhg và tim của ông ta thường như bình thường. Đây là điện tim của ông ta. Chức năng tuyến giáp của ông ta kiểm tra nhiều lần hoàn toàn bình thường. Những gì có thể xảy ra ?

Trả lời

- Nhịp nhanh với phức bộ hẹp tần số 14ck/p
- Mỗi sóng p có 1 phức bộ QRS
- Khoảng PR bình thường
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Sóng T đảo ngược ở AVL và sóng T dẹt ở DI,V5-V6

Điễn giải lâm sàng

Vấn đề trước mắt là xem đây là nhịp nhanh xoang hay nhanh nhĩ . Xoa xoang cảnh làm nhịp tim chậm lại thoáng qua, vì vậy nên đây có thể là nhịp xoang. Một nhịp xoang nhanh 140ck/p có thể là nguyên nhân gây ra lo lắng, nhưng thường như điều này xảy ra rất nhanh chóng . Các nguyên nhân khác cần được xem xét là tác dụng của thuốc (đồng vận beta, amphetamine) và u tủy thượng thận – mà từ đó ta đưa ra được chẩn đoán.



ECG65 : một người đàn ông 70t đến bệnh viện vì xuất hiện những cơn chóng mặt khá mơ hồ, nó xảy ra khoảng mỗi tuần một lần. Về các bộ phận khác thì ông ta hoàn toàn bình thường. Điện tâm đồ giúp được gì cho quản lý ông ta.

Trả lời

- Nhịp xoang 100ck/p
- Khoảng PR ở giới hạn trên của bình thường (200ms)
- Trục trái
- Thời gian QRS kéo dài(160ms)
- Dạng RSR ở V1, sóng S rộng ở V6
- T đảo ngược ở AVL,V1-V4

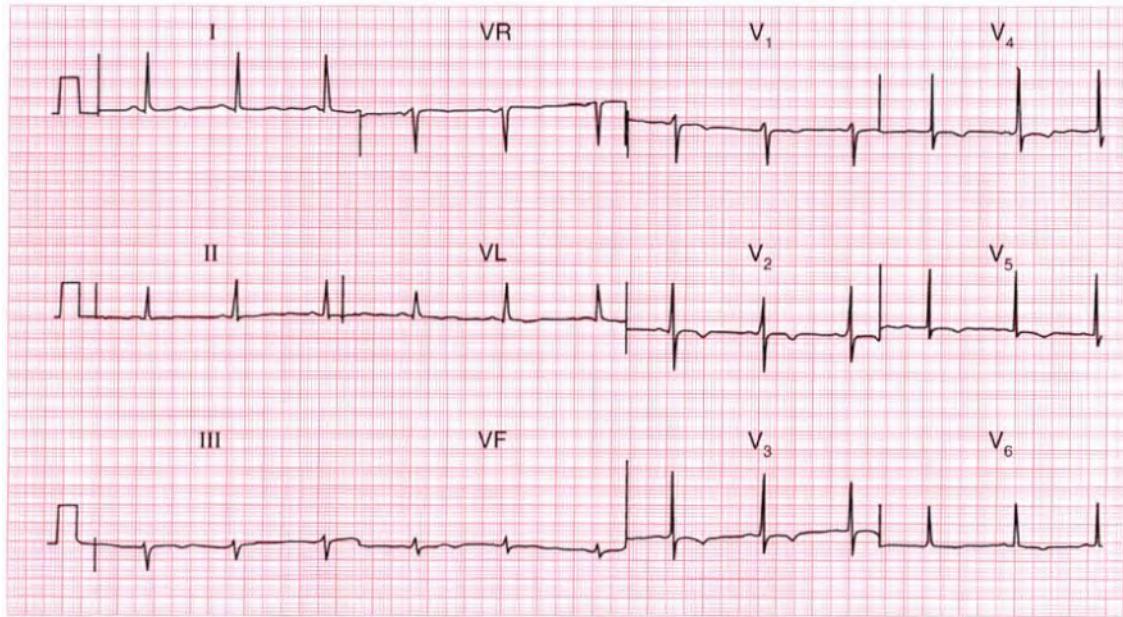
Điều giải lâm sàng

Trục trái kèm với phức bộ QRS giãn rộng và sóng T đảo ngược ở AVL là đặc trưng của bloc phân nhánh trái trước. Ngoài ra còn có bloc nhánh phải, vì vậy 2 con đường dẫn truyền chính bị bloc, cái này được biết đến là bloc 2 nhánh. Thực tế khoảng PR nằm ở giới hạn trên của bình thường làm tăng khả năng chậm trễ dẫn truyền con đường còn lại, nếu khoảng PR chắc chắn kéo dài thì dạng này được gọi là 'bloc 3 bó'

Bạn làm gì ?

Bloc 2 bó không có chỉ định cho tạo nhịp nếu bệnh nhân không có triệu chứng. Vấn đề quyết định ở đây là nếu những cơn chóng mặt là kết quả của bloc cấp III từng lúc. Lý tưởng nhất là ghi điện tim trong thời gian cơn xuất hiện. Vì cơn xuất hiện mỗi tuần một lần hoặc lâu hơn, ghi điện tim cấp cứu bằng băng ghi có thể có ích, mà một sự kiện ghi được sẽ rất có giá trị.

Trong trường hợp không có bằng chứng rõ ràng thì cấy một máy tạo nhịp Vĩnh viễn sẽ là một vấn, ở bệnh nhân này thì tiền sử và ECG là một điều hoàn toàn hợp lý để làm .



ECG66 : ECG ghi từ một người đàn ông da đen 25t là cầu thủ bóng đá chuyên nghiệp . Nó chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

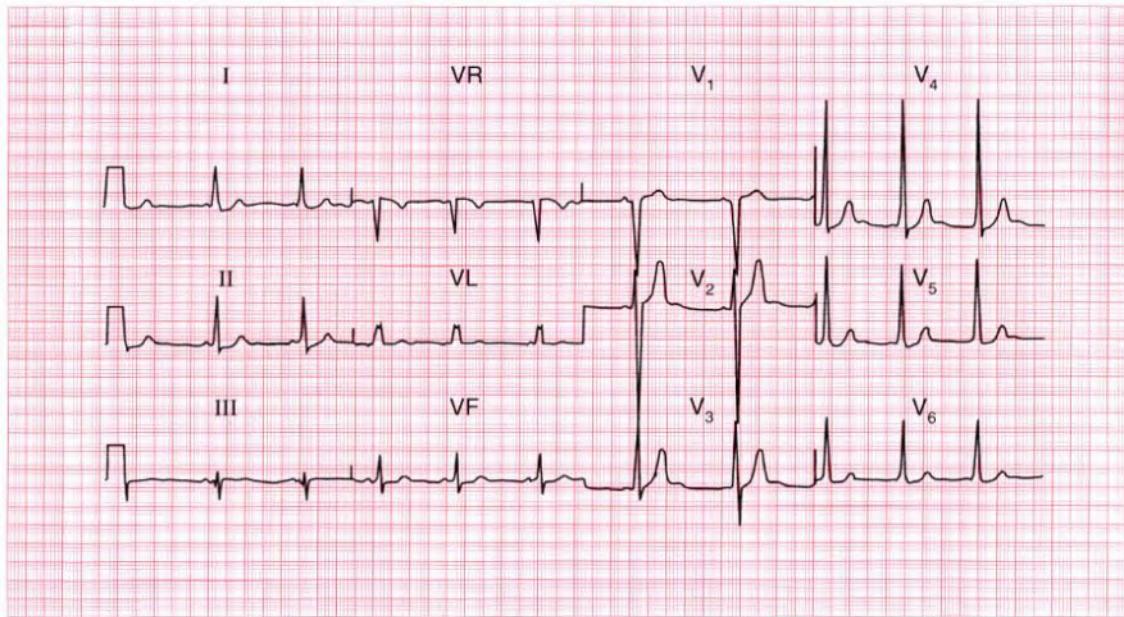
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- QRS bình thường
- Sóng T đảo ngược ở tất cả các đạo trình đặc biệt V2-V5

Điễn giải lâm sàng

Rối loạn tái cực (sóng T) là khá phổ biến ở người da đen, nhưng giải thích khác thay thế cho sự xuất hiện điện tim đồ này là một nhồi máu không sóng Q hoặc một bệnh cơ tim.

Bạn làm gì ?

Người đàn ông này là cầu thủ bóng đá chuyên nghiệp , vì vậy điều này rất quan trọng để loại trừ phì đại cơ tim , và có thể thực hiện điều này bằng siêu âm tim. Vì sự nghiệp của anh ta phụ thuộc vào bệnh mạch vành được loại trừ, một chụp vành đã được thực hiện và hoàn toàn bình thường.



ECG67 : điện tim đồ ghi từ một người đàn ông 20t tại nơi kiểm tra sức khỏe tuyển việc làm.
Nhà tuyển dụng cần cấp cho anh ta giấy phép lái xe .Bạn có tư vấn gì cho anh ta ?

Trả lời

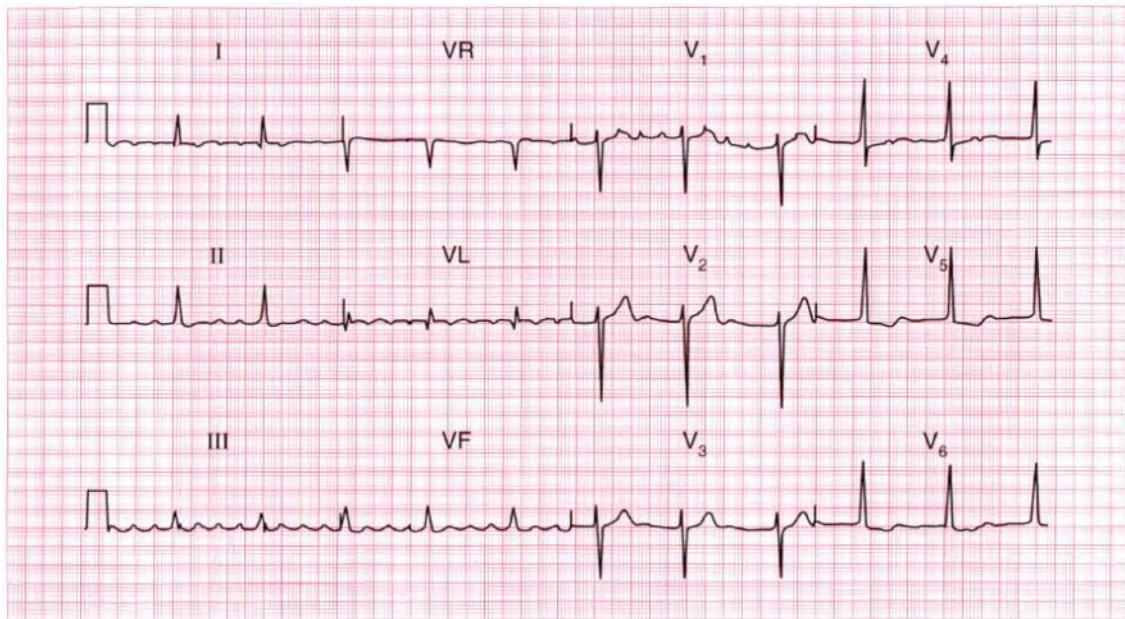
- Nhịp xoang
- Khoảng PR rất ngắn
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS giãn rộng với nét trát đậm ở chân phức bộ (sóng delta), nhìn rõ nhất DI,V4

Điển giải lâm sàng

Đây là hội chứng W-P-W : đường phụ nằm bên phải và cái này người ta gọi là ' typ B'

Bạn làm gì ?

Cần thận trọng làm một siêu âm tim để bảo đảm rằng không có bất thường về cấu trúc (VD bệnh cơ tim) cũng như hội chứng W-P-W. Tiền sử không có gợi ý rối loạn nhịp ông ta có thể được cấp giấy phép lái xe.



ECG68 : một người phụ nữ 60t là bệnh nhân điều trị ngoại trú phàn nàn về khó thở. Không có dấu hiệu bất thường gì được tìm thấy. Điện tâm đồ chỉ ra cái gì , và những gì có thể là vấn đề cơ bản, và điều trị bà ta như thế nào ?

Trả lời

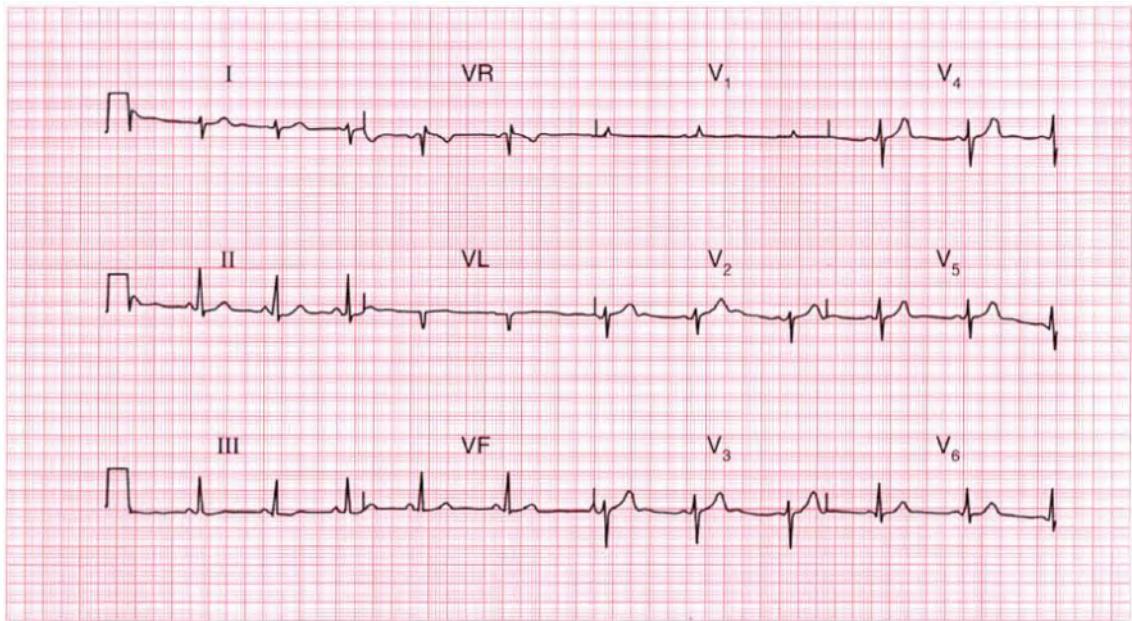
- Cuồng nhĩ
- Bloc 4 :1
- Trục bình thường
- QRS bình thường
- ST chênh xuống dạng dốc xuống , nhìn rõ nhất ở V5-V6

Điều giải lâm sàng

đây là cuồng nhĩ với xuất hiện bloc 4 :1 ổn định. ST chênh xuống gợi ý tác dụng của digoxin.

Bạn làm gì ?

Block 4 :1 ổn định là nguyên nhân làm cho tim đập đều, vì vậy không nghi ngờ cái rối loạn nhịp tại thời điểm kiểm tra lâm sàng. ECG này không chỉ ra bệnh lý cơ bản nào . Nó có thể là thiếu máu cơ tim, thấp tim hoặc bệnh cơ tim, siêu âm tim sẽ là cần thiết. Digoxin sẽ có xu hướng làm tăng mức độ bloc nhưng không ảnh hưởng đến nhịp cơ bản . Flecainide tĩnh mạch có thể chuyển tim về nhịp xoang, nhưng sốc điện chuyển nhịp có thể cần thiết.



ECG69 : điện tâm đồ ghi từ một người đàn ông 30t kiểm tra sức khỏe theo yêu cầu không? Nó có bình thường không?

Trả lời

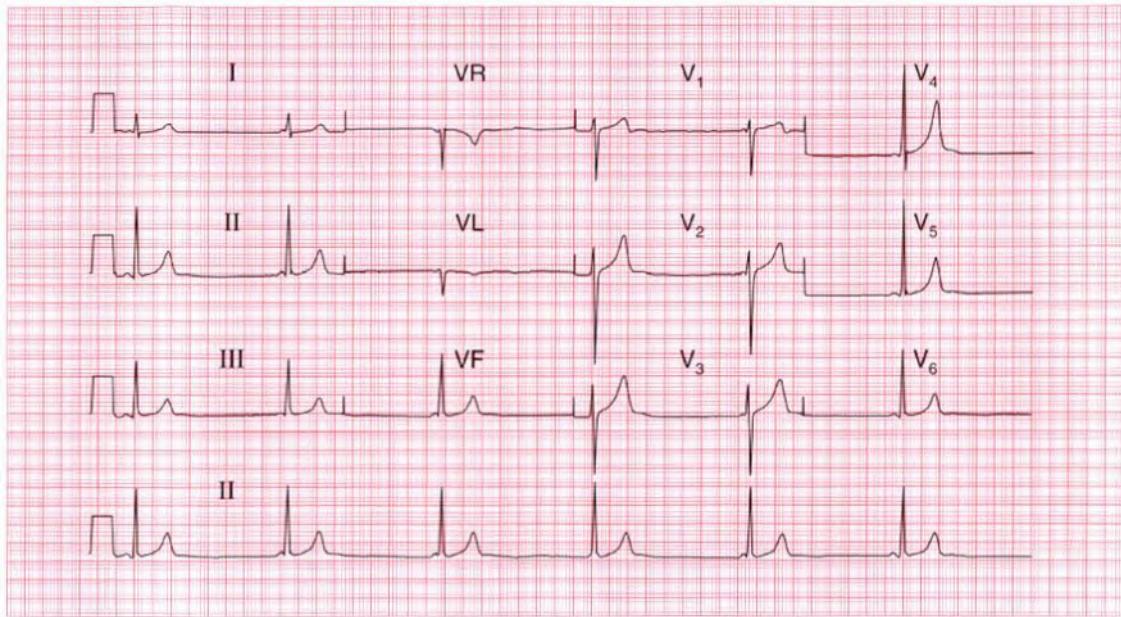
- Nhịp xoang
- Trục phải (sóng S chiếm ưu thế ở DII)
- R chiếm ưu thế đạo trình V1
- Sóng U V2-V5

Điều giải lâm sàng

Trục phải có thể là bình thường(đặc biệt ở những người cao gầy)nhưng cũng có thể xảy ra với phì đại thất phải. Sóng R nhỏ chiếm ưu thế ở V1 gợi ý phì đại thất phải nhưng đây cũng có thể là bình thường. Sóng U có thể chỉ điểm của tăng kali máu , nhưng khi kết hợp với sóng T bình thường(như ở đây) thì nó có thể là biến thể bình thường.

Bạn làm gì ?

Loại trừ nguyên nhân của phì đại thất phải. Chụp XQ ngực tư thế chéch bên và siêu âm tim sẽ giúp xác định liệu thất phải có bị giãn.



ECG70 : điện tâm đồ ghi từ một cầu thủ trẻ đá bóng chuyên nghiệp . Nó có bình thường không ?

Trả lời

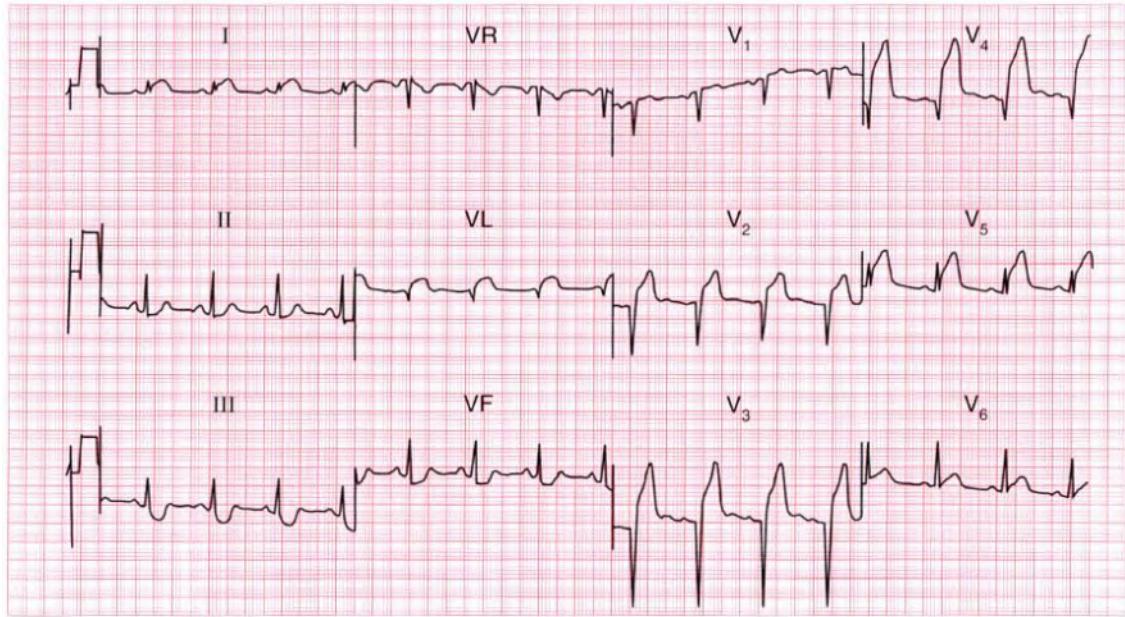
- Nhịp đều phức bộ hép tần số 35ck/p
- Sóng P đôi khi xuất hiện nhưng không phải thường xuyên, chỉ có thể nhìn thấy trước phức bộ QRS
- Khoảng PR khi đo được là rất ngắn nhưng luôn thay đổi
- Sóng R cao ở V4 cộng với S sâu ở V2 bằng 45mm
- QRS và đoạn ST bình thường
- Sóng T nhọn đặc biệt ở V4

Điển giải lâm sàng

Khoảng PR ngắn làm tăng khả năng tiền kích thích, nhưng khoảng đó luôn thay đổi, và trước phức bộ của V1-V3 không thể nhìn thấy sóng P. Nhịp chậm , phức bộ hép gợi ý nhịp thoát nút. Ở đây phát vài nhịp chậm của nút xoang nhĩ có lẽ do kết quả của tập luyện thể thao, và nhịp nút tăng tốc dành quyền kiểm soát. Dạng này được gọi là 'nhịp nhĩ lang thang'. Sóng R cao là hoàn toàn bình thường ở những người trẻ tuổi ,và vì vậy sóng P sẽ cao nhọn.

Bạn làm gì ?

Đây là một biến thể hoàn toàn bình thường ở vận động viên thể thao, và không cần phải làm gì hơn nữa.



ECG71 : một bệnh nhân 40t vào bộ phận cấp cứu vì đau ngực mức độ nặng khoảng 1 tiếng. Không có dấu hiệu của suy tim, và đây là điện tim của ông ta. Điện tim chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

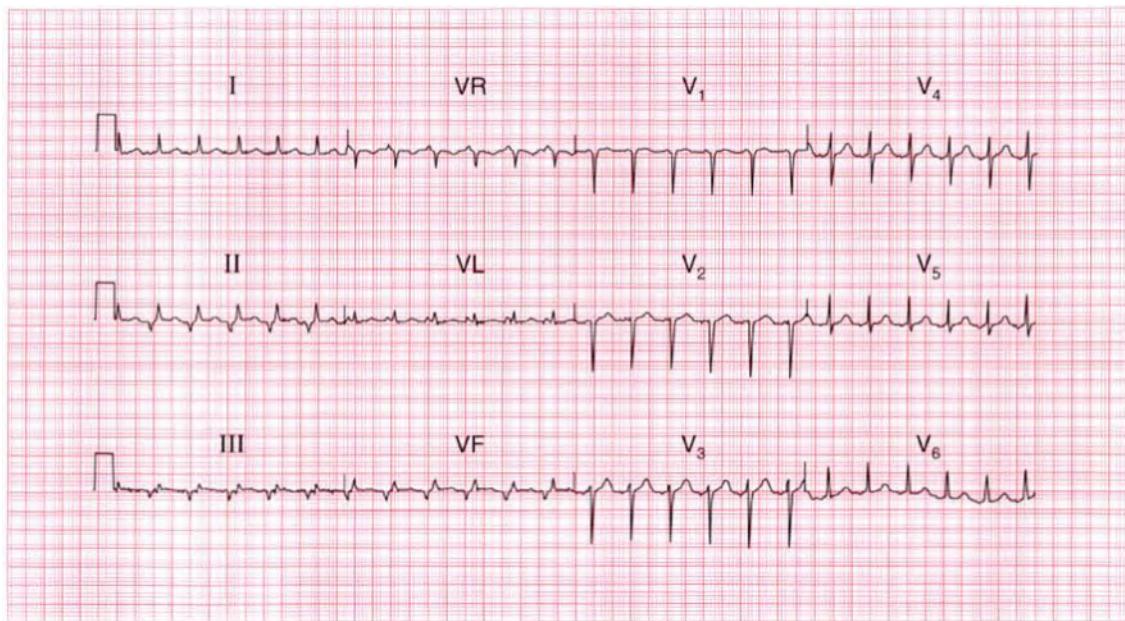
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Sóng Q V2-V4
- ST chênh lên DI,AVL,V2-V5
- ST chênh xuống DIII, AVF

Điều giải lâm sàng

Điện tim chỉ ra nhồi máu cơ tim cấp thành trước và thiếu máu cơ tim thành dưới.

Bạn làm gì ?

Trừ khi có những nguy cơ tiềm tàng về chảy máu (đột quỵ trước đó, loét dạ dày...), bệnh nhân này cần nén cho aspirin 300mg được nhai và sau đó là thuốc tiêu sợi huyết. Sự lựa chọn thuốc tiêu sợi huyết vẫn còn sự tranh cãi. Vì trước đây ông ta đã không dùng thuốc tiêu huyết khối, nên streptokinase rẻ tiền có thể chấp nhận được, nhưng có một vài bằng chứng cho thấy alteplase (rt-PA) đắt tiền hơn làm giảm tỷ lệ tử vong có hiệu quả hơn, có lẽ đặc biệt ở những bệnh nhân trẻ tuổi nhồi máu thành trước.



ECG72 : một người đàn ông 30t phàn nàn về hồi hộp trống ngực vài năm nay ngoài ra không tìm thấy bất thường gì khác, đến bộ phận cấp cứu trong cơn , và đây là điện tim ghi được. Ngoài triệu chứng lo lắng thì không tìm thấy gì khác ngoại trừ tim 140ck/p. Điện tim chỉ ra cái gì ?

Trả lời

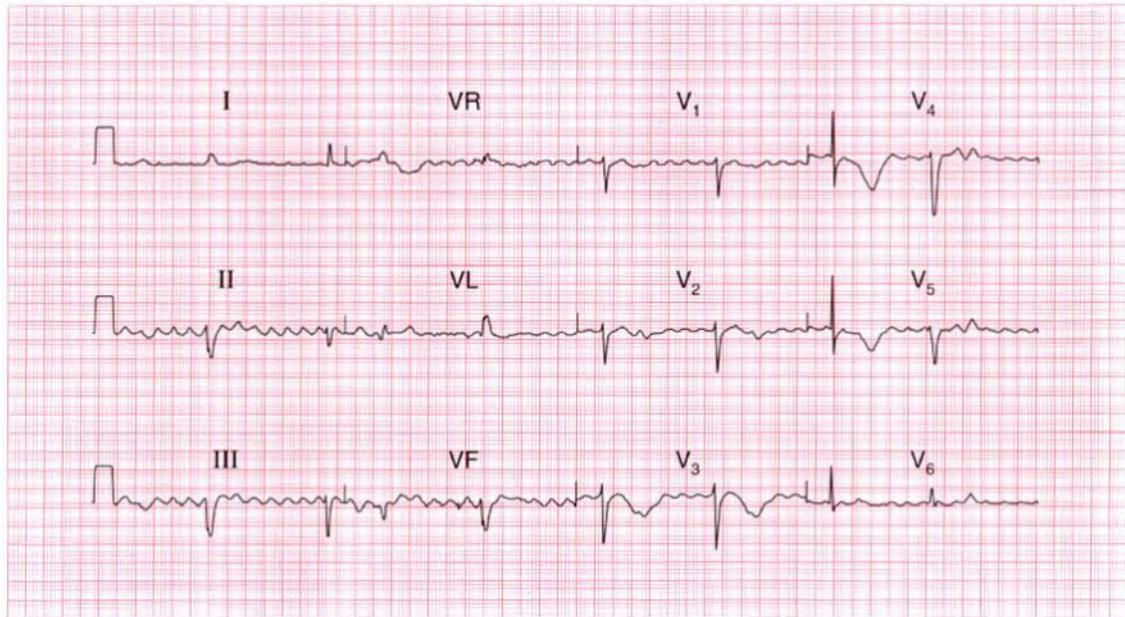
- Nhịp nhanh phức bộ hép tần số 140ck/p
- Sóng P đảo ngược nhìn rõ nhất ở DII, DIII, AVF
- Khoảng PR ngắn (khoảng 100ms)
- Trục bình thường
- QRS, ST và sóng T bình thường

Điều giải lâm sàng

Tiền sử xuất hiện những cơn hồi hộp trống ngực có thể chỉ ra sự xuất hiện những cơn nhịp xoang nhanh do lo lắng, nhưng nhịp tim 140ck/p gợi ý một nhịp khác hơn nhịp xoang là có khả năng. ECG này rõ ràng là nhịp nhanh trên thất với mỗi sóng P là một phức bộ QRS. Nó có thể là nhịp xoang nhanh và PR ngắn có thể chỉ điểm tiền kích thích, nhưng bất thường sóng P ở đạo trình dưới chỉ ra nhịp nhanh nhĩ.

Bạn làm gì ?

Xoa xoang cảnh có thể cắt cơn , nhưng nếu không được thì adenosin gần như là chắc chắn đáp ứng. Sự xuất hiện các cơn có thể được dự phòng bằng betabloc, nhưng bệnh nhân này nên được chuyển cho một trung tâm điện sinh lý với hy vọng rằng xác định được vòng vào lại và cắt bỏ nó.



ECG73 : một người đàn bà 80t được đưa đến từ nhà dưỡng lão vì bị ngất . không có tiền sử gì khác ngoại trừ việc bà ta nói bà đang điều trị bệnh tim. Không có dấu hiệu thực thể nào rõ ràng, và đây là điện tim bà ta. Những gì đang xảy ra ?

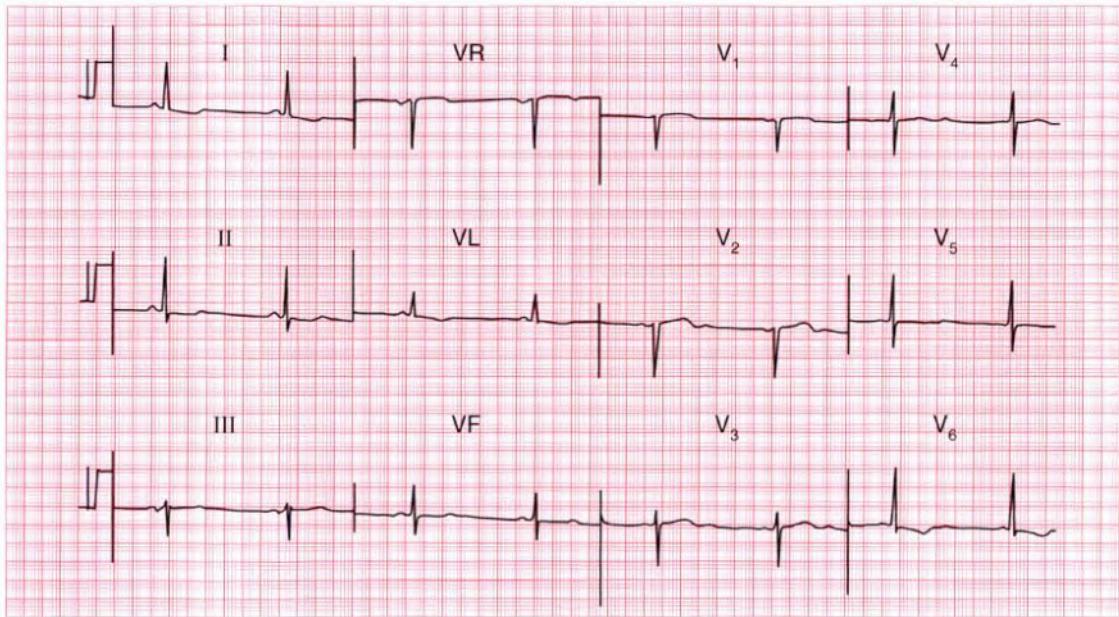
Trả lời

- Cuồng nhĩ với đáp ứng thất 50cp/p
- Ngoại tâm thu thất
- Trục T
- Phức bộ QRS bình thường
- Sóng T đảo ngược ở các đạo trình trước
- Khoảng QT kéo dài (khoảng 650ms)

Điều giải lâm sàng

Cuồng nhĩ với nhịp thất chậm dần, khả năng nhịp chậm này là nguyên nhân dẫn đến cái ngất của bà ta. Block phân nhánh trái trước chỉ điểm rằng bà ta có bệnh về hệ thống dẫn truyền.

Sóng T đảo ngược ở các đạo trình trước có thể là do thiếu máu cơ tim. Không có đoạn ST chênh xuống để gợi ý rằng bà ta đang điều trị bằng digoxin, nhưng đoạn QT kéo dài gợi ý hoặc bà ta có rối loạn bất thường về điện giải hoặc đang dùng một trong những thuốc có tác dụng này. Ngất ở bệnh nhân này với QT kéo dài gợi ý nhịp nhanh thất xoắn đinh. Trước khi bà ta có cuồng nhĩ bạn cần nghĩ tới amiodaron – đó có thể là những gì bà ta đang được dùng



ECG74 : điện tim được ghi trong lần kiểm tra sức khỏe định kì của một phụ nữ 50t không có triệu chứng gì . Chỉ phát hiện một bất thường là trong các xét nghiệm kiểm tra sàng lọc cholesterol máu 7,2mmol/l. bạn sẽ làm gì ?

Trả lời

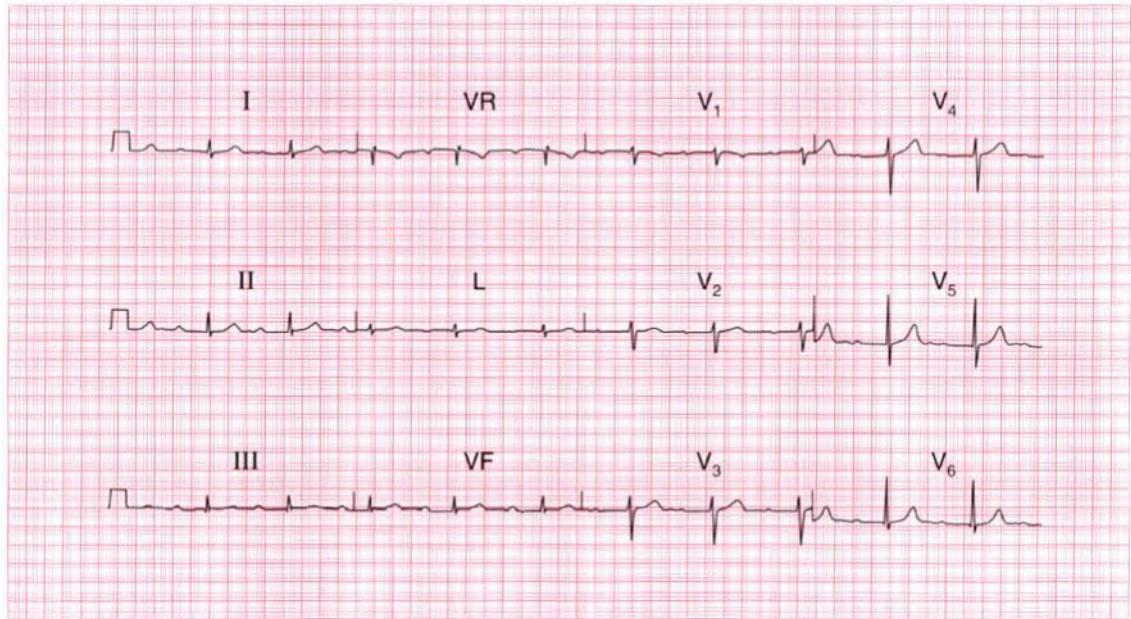
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Sóng T dẹt và đảo ngược ở các đạo trình
- Sóng U xuất hiện đặc biệt V3-V5

Điều giải lâm sàng

Sóng T dẹt với sóng U xuất hiện thường là kết quả của hạ kali máu. Nồng độ kali máu được kiểm tra thường xuyên trong khám sức khỏe định kì, nhưng những thay đổi điện tim đồ cũng có thể do hạ canxi máu hoặc magie máu. Nồng độ cholesterol cao có thể là yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành, nhưng mức độ cholesterol cao cũng có thể thứ phát từ bệnh lý tuyến giáp hoặc bệnh thận.

Bạn làm gì ?

Kiểm tra chức năng tuyến giáp . Người phụ nữ này có cái phì niêm và nó đã trở về bình thường khi được điều trị.



ECG75 : điện tim ghi từ một người đàn ông 45t không triệu chứng tại lần kiểm tra sức khỏe định kì. Nó có bình thường không và những lời khuyên bạn sẽ đưa ra với ông ta ?

Trả lời

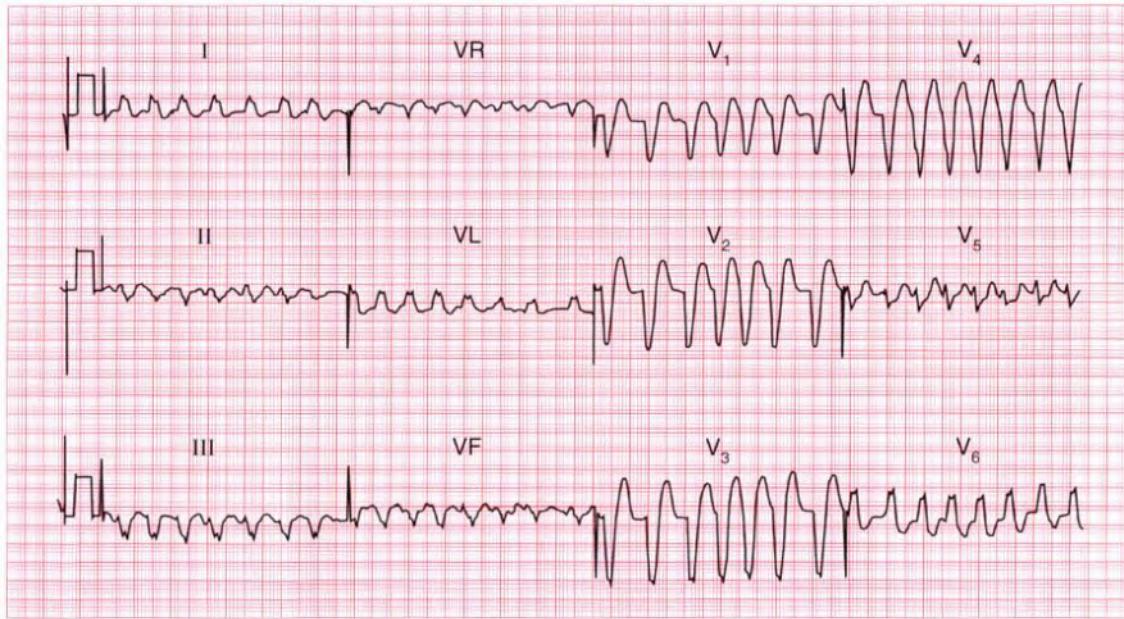
- Nhịp xoang 64ck/p
- Khoảng PR kéo dài (360ms)
- QRS , đoạn ST, sóng T bình thường

Điều giải lâm sàng

Điện tim chỉ ra bloc nhĩ thất độ I, và những vấn đề khác hoàn toàn bình thường

Bạn làm gì ?

Mặc dù giới hạn trên của khoảng PR thường được là 200ms , thời gian kéo dài hơn (bloc AV độ I) là thường thấy ở người khỏe mạnh . Bạn được biết rằng bệnh nhân không triệu chứng gì, và khám thực thể là hoàn toàn bình thường thì không cần phải làm gì thêm nữa. Một số người trong nghành đòi hỏi cần một điện tâm đồ hoàn toàn bình thường có thể cần phải ghi ECG cấp cứu để chứng minh không có bloc cao độ .



ECG76 :một người đàn bà 80t nhập viện vì xuất hiện đột ngực kèm với khó thở. Bà ta có cái suy tim sung huyết và một tiếng thổi ở tim gợi ý hẹp van động mạch chủ. Điện tim chỉ ra cái gì và điều trị bà ta như thế nào ?

Trả lời

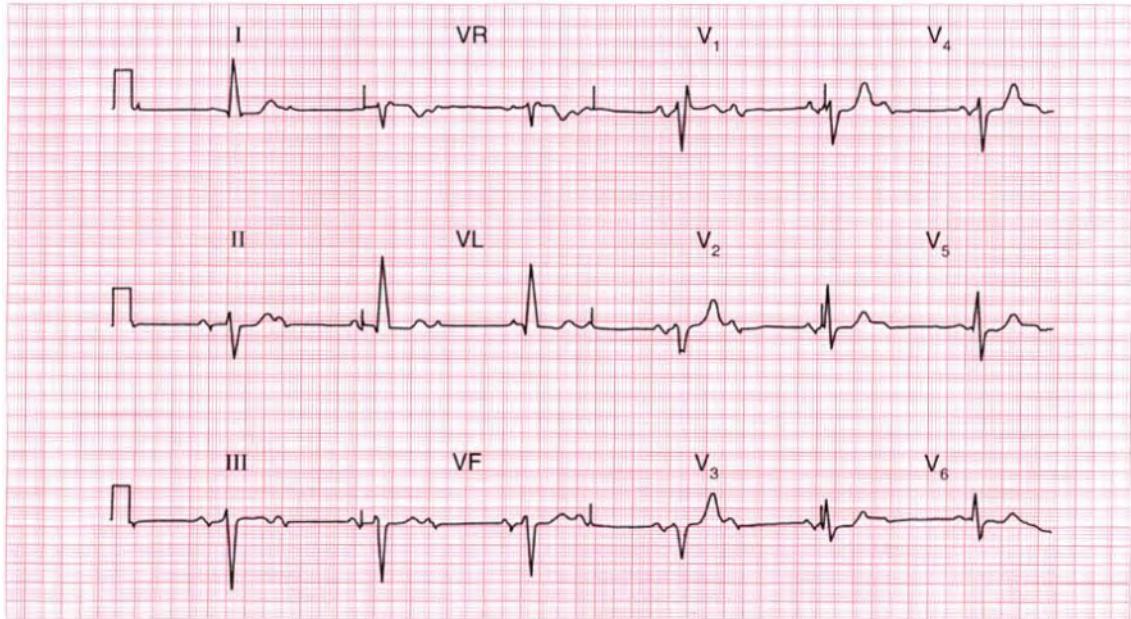
- Nhịp nhanh với phức bộ giãn rộng
- Tim không đều tần số khoảng 130-200ck/p
- Sóng P không rõ ràng mà đường dẫn điện không đều, nhìn rõ nhất ở AVL
- Dạng block nhánh trái

Điều giải lâm sàng

Dấu hiệu nhịp không đều kết hợp với đường dẫn điện không đều thoảng nhìn thấy ở đạo trình AVL, chỉ ra rằng rung nhĩ kết hợp với bloc nhánh trái.

Bạn làm gì ?

Hẹp van động mạch chủ thường kết hợp với bloc nhánh trái. Hẹp van động mạch chủ thì thuốc giãn mạch phải sử dụng hết sức thận trọng và bà ta nên được dùng digoxin và lợi tiểu. Nên đánh giá chênh áp qua van càng sớm càng tốt và thậm chí ở tuổi 80, thay van động mạch chủ có thể xem xét.



ECG77 : một người đàn ông 80t trong lần kiểm tra sức khỏe định kỳ phát hiện thay đổi nhịp tim chậm và một tiếng thổi tâm thu thô ráp. Đây là điện tim của ông ta, nó chỉ ra điều gì ? chẩn đoán gì là có thể ? điều trị gì là cần thiết ?

Trả lời :

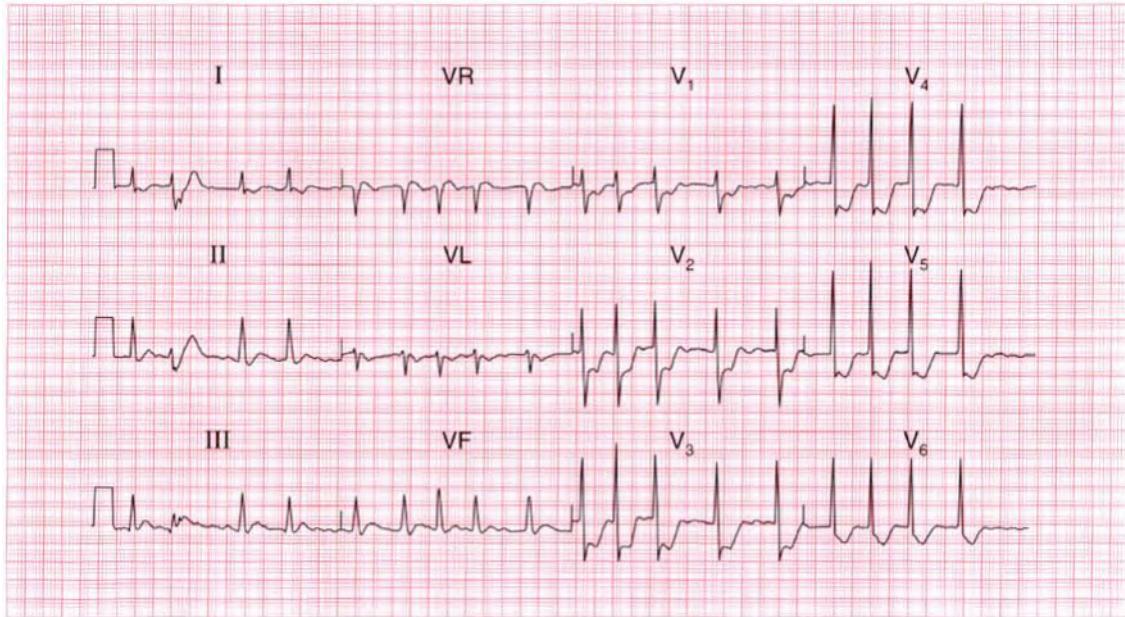
- Nhịp xoang, tần số sóng P 75ck/p
- Bloc AV độ II (2 :1)
- Bloc phân nhánh trái trước
- Bloc nhánh phải

Điều giải lâm sàng

Đây là bloc AV độ II, không có bloc hoàn toàn (độ III) bởi vì mỗi nhịp dẫn được có khoảng PR bình thường : tại những thời điểm nó xuất hiện có sự khác nhau nhưng thực tế sự biến đổi này là do sự thay đổi các đạo trình. Trục lệch trái (bloc phân nhánh trái trước) và bloc nhánh phải tạo thành bloc 3 bó. Nhưng bloc 2 :1 chỉ cũng chỉ ra hoặc là bệnh his hoặc là bệnh của phân nhánh sau dưới còn lại. Sự kết hợp này thường gọi là bloc 3 bó.

Ban làm gì ?

Sự kết hợp tiếng thổi ở tim và bloc tim gợi ý hẹp van động mạch chủ. Mức độ nặng có thể được đánh giá bằng siêu âm tim , mặc dù nhịp chậm (và như vậy đường thể tích cao) sẽ làm rõ chênh áp qua van. Một van động mạch chủ thay thế có thể cần hoặc không nhưng bệnh nhân chắc chắn cần một máy tạo nhịp cho sự kéo dài đời sống ông ta .



ECG78 : một người đàn bà 70t có cái khó thở vài tháng nay,nhập viện vì đau ngực, đây là điện tim bà ta, nó chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

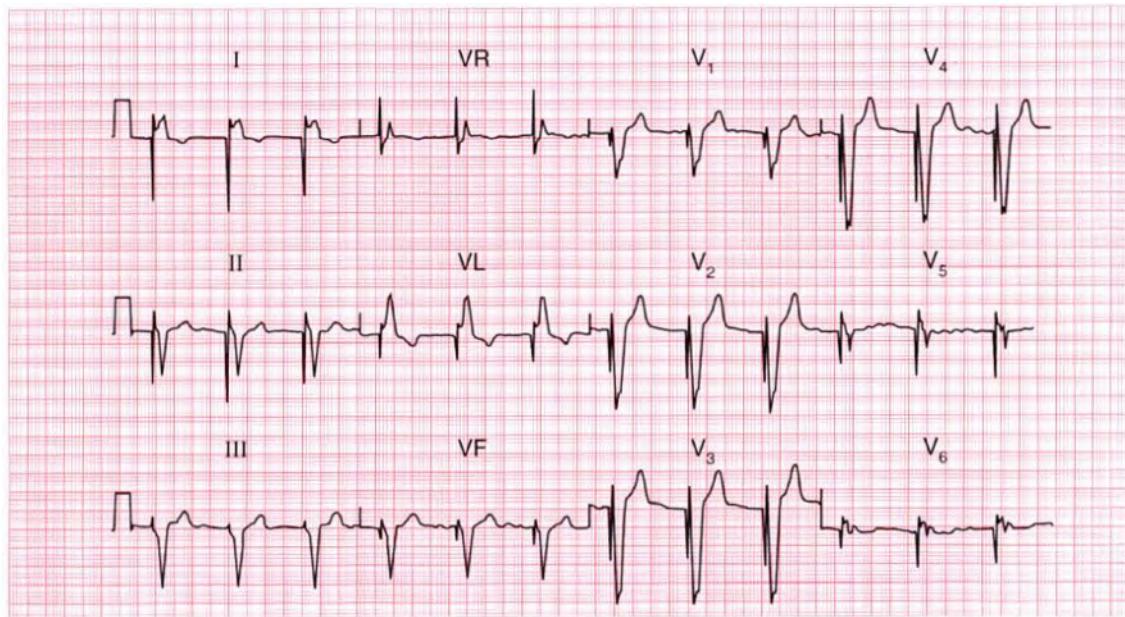
- Rung nhĩ với một ngoại tâm thu thất
- Nhịp thất đáp ứng khoảng 110ck/p
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Đoạn ST chênh xuống khoảng 7mm dạng đi ngang V2-V5
- ST chênh xuống dạng dốc xuống ở V6
- Sóng T vũng xuống ở DI,AVL,V6, và khó xác định sóng T ở đạo trình khác

Điễn giải lâm sàng

ST chênh xuống và đi ngang ở các đạo trình trước tim chỉ điểm thiếu máu mức độ nặng, cái này có thể là nguyên nhân gây đau ngực. Đoạn ST đi chênh xuống dạng dốc xuống có thể là kết quả điều trị bằng digoxin. Nhịp thất ở đây không phải là quá nhanh, mặc dù nhịp tim có thể làm tăng thiếu máu cơ tim nhưng có vẻ như không chắc chắn nó là vấn đề chính.

Bạn làm gì ?

Bệnh nhân này nên được điều trị như hội chứng vành cấp với heparin, chẹn beta, nitrat. Nếu đau ngực không được giải quyết thì can thiệp sớm để tái thông mạch máu bằng mổ bắc cầu hoặc can thiệp nong bằng bóng qua da sẽ được xem xét .



ECG79 : một phụ nữ lớn tuổi nhập viện trong tình trạng bất tỉnh, rõ ràng là bà ta có cái đột quỵ. Không có vấn đề tim mạch bất thường nào được ghi nhận, nhưng đây là điện tim của bà ta. Những gì đã bị bỏ qua ?

Trả lời

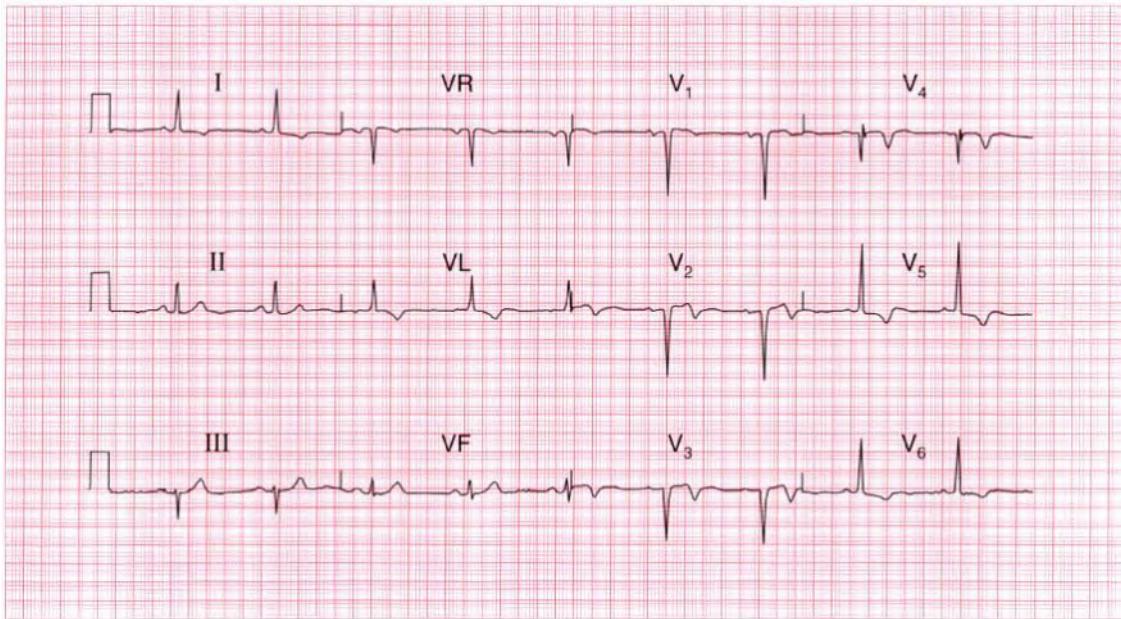
- Không thấy sóng p, đường cơ bản không đều gợi ý rung nhĩ
- Phức bộ QRS đều
- Trục trái
- Phức bộ QRS rộng có dạng không xác định
- Đứng trước mỗi phức bộ QRS là một vạch sâu nhọn và hẹp

Điễn giải lâm sàng

Vạch nhọn hẹp là kết quả của máy tạo nhịp, và nhân viên y tế đã không để ý thấy pin máy tạo nhịp vĩnh viễn có lẽ được cấy dưới xương đòn trái. Dây dẫn nhịp sẽ kích thích thất phải làm cho phức bộ QRS giãn rộng có dạng bloc nhánh. Nhịp cơ bản ở đây là rung nhĩ, bệnh nhân này có thể có cái rung nhĩ với bloc hoàn toàn hoặc đơn giản là rung nhĩ với đáp ứng thất chậm.

Bạn làm gì ?

Đột quỵ có thể là do một thuyên tắc do huyết khối hình thành trong nhĩ trái kết quả của rung nhĩ. Có thể tạo nhịp tạm thời bị lỗi nhưng đột quỵ không liên quan với máy tạo nhịp.



ECG81 : một người đàn ông 50t trở về từ kì nghỉ ở Tây Ban Nha nói rằng trong quá trình đi ông ấy bị rối loạn tiêu hóa nặng, nhưng hiện tại bây giờ hoàn toàn bình thường. Đây là điện tim của ông ấy : nó chỉ ra cái gì và bạn sẽ làm gì ?

Trả lời

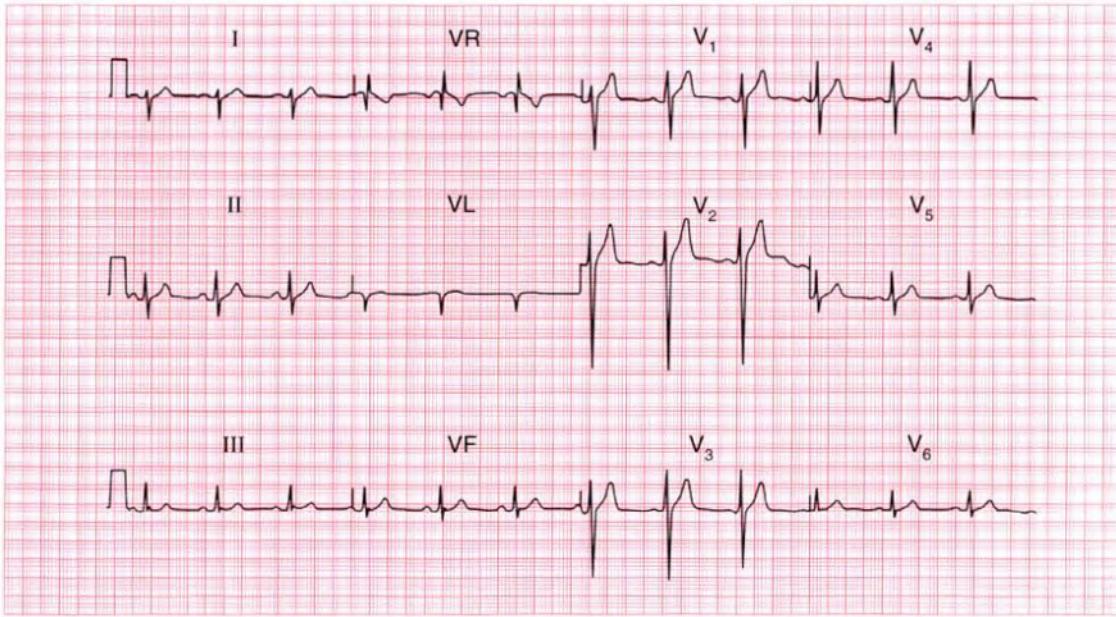
- Nhịp bình thường
- Dẫn truyền bình thường
- Q từ V2-V4
- Trục bình thường
- ST hơi chênh nhẹ V2-V3
- Tđảo ngược ở DI,AVL,V2-V6

Điển giải lâm sàng

ECG chỉ ra nhồi máu cũ vùng trước vách với thiếu máu cơ tim thành bên . Đoạn ST chênh lên nhẹ gợi ý quá trình cấp tính diễn ra gần đây, nhưng với tiền sử thì những thay đổi này hầu như chắc chắn là đã cũ.

Bạn làm gì ?

Có thể giả định rằng các dấu hiệu rối loạn tiêu hóa đó thật ra là một nhồi máu cơ tim. Kể từ khi ông ta tốt như bây giờ, điều quan trọng là để đảm bảo rằng những cơn nhồi máu không xuất hiện nữa thì ông ta cần thực hiện các biện pháp ngăn ngừa thích hợp – ngừng hút thuốc, giảm cân, nếu cần thiết ông ta cần điều trị với aspirin, chẹn beta, ức chế men chuyển và một statin. Trong bối cảnh ở độ tuổi này ông ta cần thực hiện một test gắng sức để đảm bảo rằng không có thiếu máu cục bộ khi thực hiện công việc ở mức độ nhẹ.



ECG82 : đây là điện tim người đàn ông 30t không triệu chứng trong một lần kiểm tra sức khỏe định kì . Nó có bình thường không ?

Trả lời :

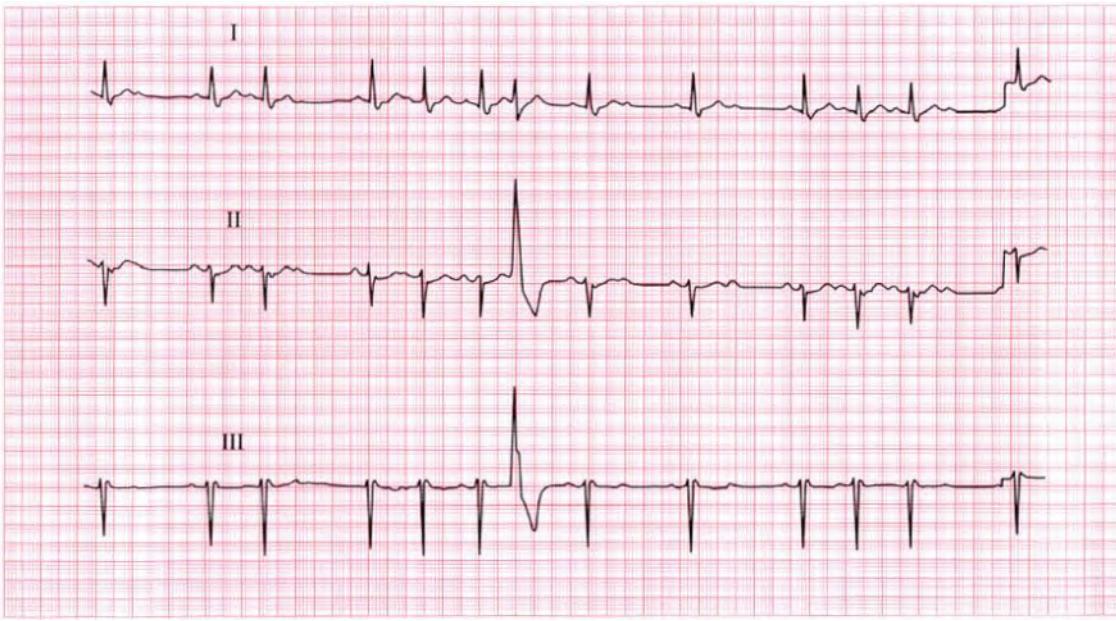
- Nhịp xoang
- Trục phải (sóng S lớn hơn sóng R ở đạo trình DI, sóng R lớn ở AVR, sóng R rất nhỏ và sóng S sâu ở AVL)
- QRS có khัc ở DIII
- QRS bình thường, sóng T bình thường

Điễn giải lâm sàng

Trục phải là đặc trưng của dày thất phải nhưng nó cũng là biến thể bình thường của của người cao gầy. QRS có khัc ở đạo trình DIII là bình thường, tuy vậy nếu nó xuất hiện ở tất cả các đạo trình thì có thể là sóng 'J' của hạ thân nhiệt.

Bạn làm gì ?

Khám xét bệnh nhân và loại trừ dày thất phải (nên ghi lại điện tim trước khi làm)



ECG83 : điện tim ghi từ một người đàn bà 70t phàn nàn vì sự xuất hiện các cơn hoa mắt chóng mặt khoảng 1 năm nay. Chú ý là điện tim chỉ ghi ở đạo trình D1,DII,DIII, nhưng nó có bất thường. Bà ta nên điều trị như thế nào ?

Trả lời

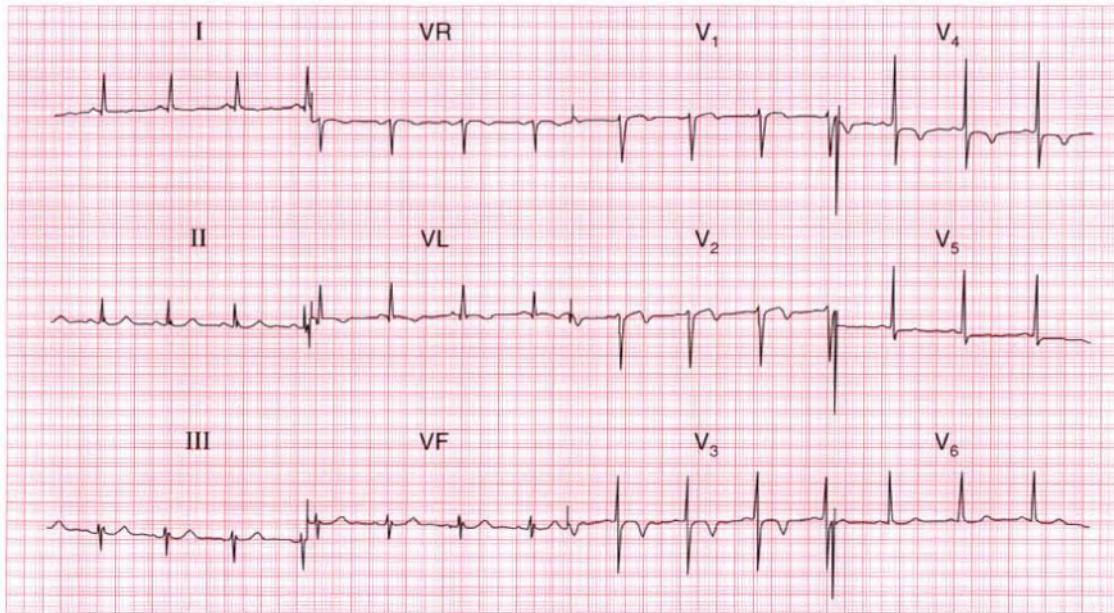
- Nhịp luôn biến đổi
- Có một ngoại tâm thu
- Tại thời điểm ghi là nhịp xoang
- Block cấp 2 từng lúc (bloc độ II mobit2 và bloc 2 :1)
- Trục trái

Điển giải lâm sàng

ở đây có 2 loại bloc cấp 2 – bloc cấp II mobit2 lúc mới bắt đầu ghi và bloc 2 :1 sau 4 nhịp xoang kế tiếp. Ngoại tâm thu thất không có gợi ý gì, nhưng trục trái gợi ý bloc phân nhánh trái trước.

bạn làm gì ?

điện tâm đồ đầy đủ có thể chỉ ra bệnh lý cơ bản. ví dụ nó có thể chỉ ra nhồi máu cũ thành trước. Ghi điện tim 24h có thể làm lộ ra rối loạn nhịp liên quan gây hoa mắt chóng mặt. Bất cứ tìm thấy gì thì bệnh nhân này cũng cần cần một máy tạo nhịp vĩnh viễn.



ECG84 : điện tim đồ ghi ở bộ phận cấp cứu từ một người đàn ông 60t xuất hiện đau ngực từng cơn trong vòng 24h qua. Điện tâm đồ chỉ ra cái gì và làm thế nào để quản lý ông ta ?

Trả lời

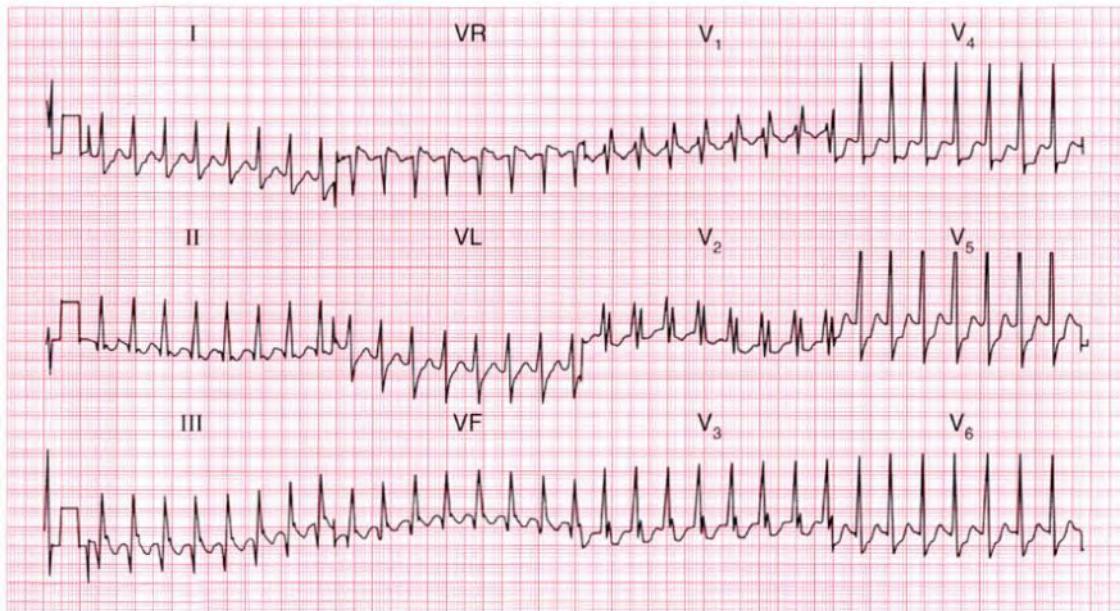
- Nhịp xoang
- Dẫn truyền bình thường
- Trục bình thường
- QRS bình thường
- Đoạn ST bình thường
- Sóng T đảo ngược ở DI,AVL,V2-V4

Điễn giải lâm sàng

ECG chỉ ra một nhồi máu cơ tim không sóng Q ở thành trước và không chắc chắn về thời gian bị.

Bạn làm gì ?

Bệnh nhân này rõ ràng có cái hội chứng mạch vành cấp. Ông ta cần nhập viện và điều trị với heparin trọng lượng phân tử thấp, nitrat và chẹn beta. Nếu đau không được chấm dứt thì sử dụng ức chế glycoprotein lib/IIIa ví dụ như tirofiban, hoặc abciximab như bước đầu chuẩn bị cho xem xét chụp và nong mạch vành .



ECG85 : một thanh niên 25t bị thông liên nhĩ vào viện cấp cứu vì cơn hồi hộp trống ngực. Nhịp tim của ông ta 170ck/p ,huyết áp 140/80mmhg và không có dấu hiệu suy tim. Đây là rối loạn nhịp gì và bạn sẽ làm gì ?

Trả lời

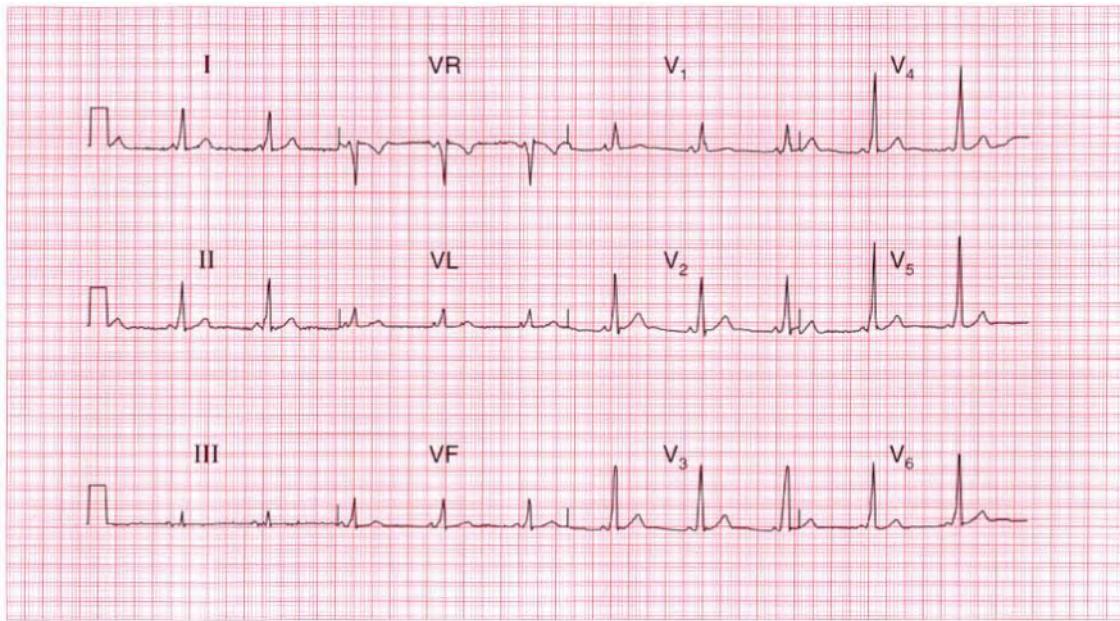
- Nhịp nhanh phức bộ rộng , tần số 170ck/p
- Không rõ sóng p nhưng khả năng nhìn thấy được ở đạo trình AVR
- Trục bình thường
- Dạng bloc nhánh phải
- ST chênh xuống dạng đi ngang ở V4,V5

Điễn giải lâm sàng

Thời gian QRS là 120ms, trục bình thường và QRS dạng điển hình của bloc nhánh phải. Ở đây là nhịp nhanh trên thất với bloc nhánh phải, và nó sẽ chắc chắn đúng nếu chắc chắn sự tồn tại sóng p tại AVR. Ở đây là nhịp nhanh nhĩ hoặc nhịp nhanh bộ nối. ST chênh xuống gợi ý thiếu máu cơ tim.

Bạn làm gì ?

Nếu bệnh nhân đã biết là có thông liên nhĩ thì gần như là bloc nhánh phải đã có từ trước, và điều này có thể kiểm chứng từ hồ sơ bệnh án trước đây. Điều trị khởi đầu có thể là xoa xoang cảnh, nếu biện pháp này không hiệu quả thì có thể dùng adenosin tĩnh mạch.



ECG86 : một người đàn bà 30t vừa sinh con cách đây 3 tháng phàn nàn về khó thở, và đây là điện tim của cô ta. Nó có vấn đề gì không ?

Trả lời

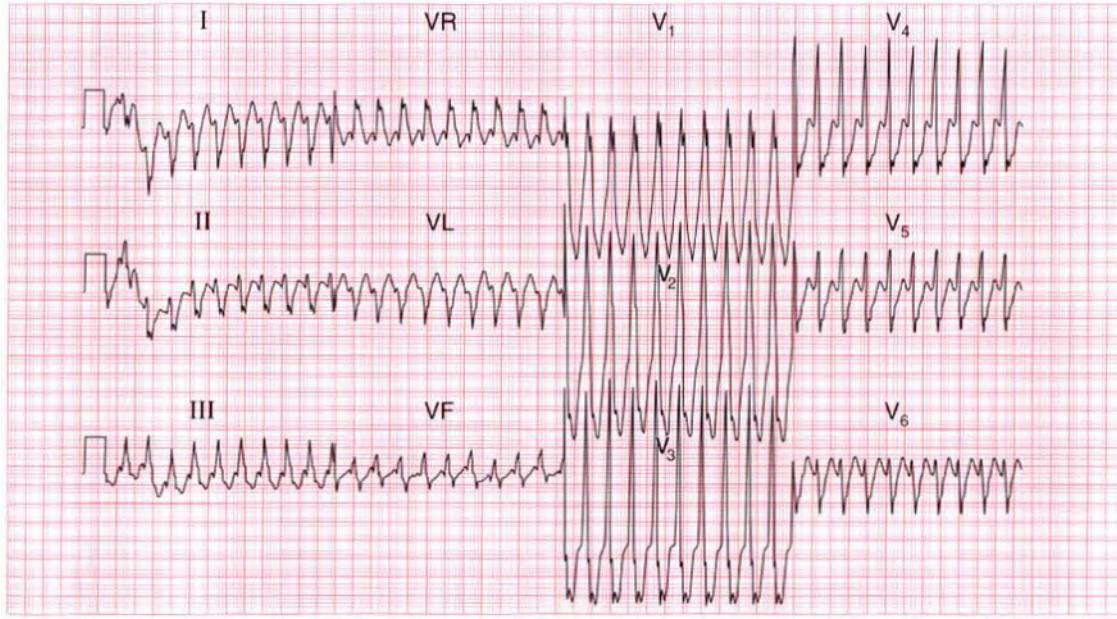
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Khoảng PR ngắn 100ms
- Thời gian QRS bình thường
- Nét trát đậm ở đầu phức bộ QRS (sóng delta)
- Sóng R chiếm ưu thế ở V1
- Đoạn ST và sóng T bình thường

Điễn giải lâm sàng

Đây là điện tim của hội chứng W-P-W typ A, nó được đặc trưng bởi R chiếm ưu thế ở V1.

Bạn làm gì ?

Ở đây sóng R chiếm ưu thế ở V1 có thể bị nhầm lẫn là do phì đại thất phải. Ở một phụ nữ trẻ tuổi phàn nàn khó thở sau sinh thì thuyền tắc phổi rõ ràng là một khả năng và điều này cũng có thể gây phì đại thất phải, nhưng trong sự hiện diện của hội chứng W-P-W thì chẩn đoán trên điện tâm đồ là rất khó khăn. Chỉ một điều có thể giúp được ở đây là sự xuất trực phái, vì nó không phải là của hội chứng W-P-W, nhưng ở đây thì không có.



ECG87 : một người đàn ông 30t thường xuất hiện những cơn hồi hộp trống ngực ngắn ít nhất 10 năm nay,cơn xuất hiện trong thời gian nằm ở bộ phận theo dõi và đây là điện tim của anh ta. Nó là rối loạn nhịp gì và ngay lập tức bạn cần phải làm gì ? và về lâu dài sẽ phải làm gì ?

Trả lời

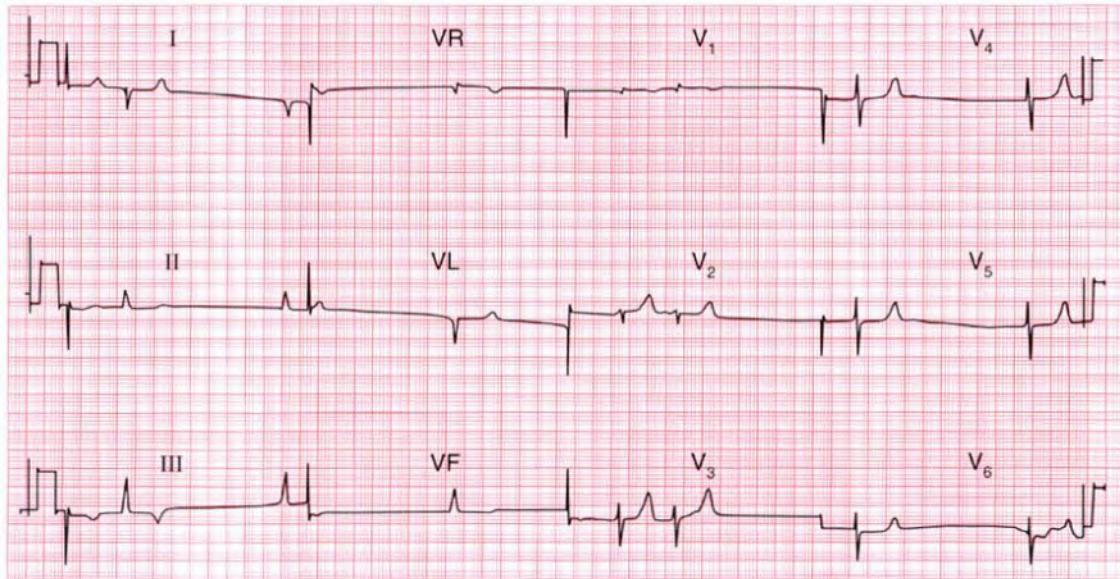
- Nhịp nhanh phức bộ giãn rộng tần số khoảng 250ck/p
- Không thấy sự xuất hiện sóngP
- Trục phải
- Thời gian QRS khoảng 180ms
- QRS ở V1 hướng lên trên và QRS ở V6 hướng xuống dưới – các phức bộ không cùng hướng .
- QRS có dạng của bloc nhánh phải, sóng R nhọn đầu tiên là cao hơn sóng R thứ 2.

Điễn giải lâm sàng

Các nguyên nhân căn bản của nhịp nhanh với phức bộ giãn rộng bao gồm : nhịp nhanh thất, nhịp nhanh trên thất với bloc nhánh, và hội chứng W-P-W. Chia khóa để chẩn đoán nằm ở điện tim khi nó ở nhịp xoang nhưng ở đây không phải luôn sẵn có. Bệnh nhân với nhịp nhanh phức bộ giãn rộng trong bối cảnh nhồi máu cơ tim cấp thì cần nghĩ đến nhịp nhanh thất , nhưng ở đây thì không phải bối cảnh của nhồi máu cơ tim cấp. Trong cái điện tâm đồ này thì QRS giãn không rộng lắm, trục hướng phải và các phức bộ QRS không cùng hướng- tất cả các điểm trên là bắt nguồn từ trên thất. Nghiêng về phía nhịp nhanh thất thì thực tế có sóng R đầu tiên cao hơn sóng R thứ 2. Dùng tất cả những điểm nổi bật trên và bệnh cảnh lâm sàng thì có lẽ rối loạn nhịp trên là của trên thất .

Bạn làm gì ?

Xoa xoang cảnh là bước đầu tiên . Nếu bệnh nhân huyết động không ổn định cần sốc điện khẩn cấp, nhưng flecainide tĩnh mạch sẽ là một lựa chọn hợp lý đầu tiên. Trong thực tế rối loạn nhịp này tự kết thúc bộc lộ ra khoảng PR ngắn và phức bộ QRS với sóng delta. Vì vậy bệnh nhân này là bị hội chứng W-P-W, và cần một thăm dò điện sinh lý để cắt bỏ các đường dẫn truyền phụ.



ECG88 :một người đàn bà 65t với bệnh thấp tim, bị suy tim mức độ nặng nhiều năm nay, vào nhập viện vì khó thở tăng lên và sưng khớp cổ chân. Mặc dù ông ta đang điều trị bằng ức chế men chuyển và lợi tiểu nhưng dấu hiệu suy tim vẫn nặng lên.

Trả lời

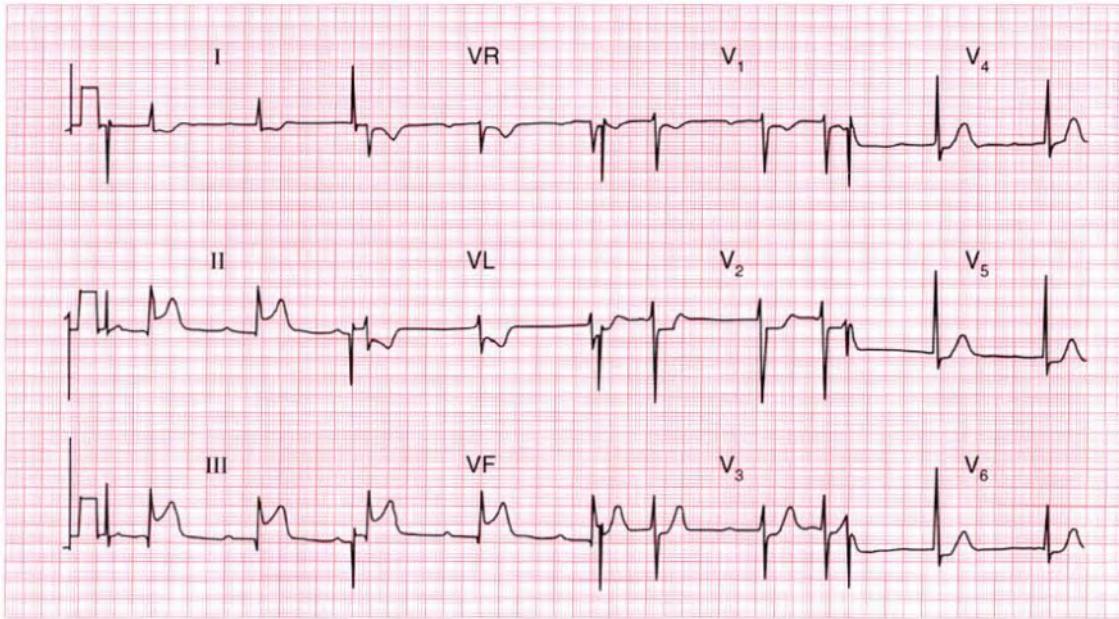
- Không rõ rối loạn nhịp – không có sóng P, QRS không đều nhưng không phải rung nhĩ
- Trục phải
- QRS bình thường ngoại trừ S sâu ở V6
- Sóng T nhọn đổi xứng
- Sóng T đảo ngược ở DIII,AVF

Điều giải lâm sàng

Trong sự thiếu vắng hoạt động của nhĩ và sóng T cao nhọn phù hợp với tăng kali máu. Trục phải và sóng S sâu ở V6 có thể chỉ điểm của dày thất phải hoặc kết quả một bệnh lý phổi mạn tính . sóng T đảo ngược ở DIII,AVF gợi ý thiếu máu cơ tim.

Bạn làm gì ?

Tìm hiểu những thuốc mà bệnh nhân đã dùng và mức độ các chất điện giải. Bệnh nhân này điều trị phổi hợp captopril 25mg ba lần mỗi ngày (nó có xu hướng làm tăng kali máu) và 3 viên co-amilofruse (gồm furosemid 40mg cộng với amilorid 5mg trong mỗi viên). Sự kết hợp captopril với amilorid là nguyên nhân làm tăng giữ kali và trong trường hợp này nồng độ kali máu là 7,4mmol/l. Khi nồng độ kali máu trở về bình thường, thì sóng P sẽ xuất hiện rõ trở lại và sóng T nhọn sẽ trở về bình thường. Trục xoay phải và sóng T đảo ngược ở các đạo trình dưới vẫn tồn tại .



ECG89 : điện tim đồ ghi từ một người đàn ông 55t vào nhập viện cấp cứu với tình trạng đau ngực mức độ nặng đã xuất hiện khoảng 1 giờ . Ông ta tái nhợt , lạnh và vã mồ hôi,huyết áp ông ta là 100/80, nhưng không thấy dấu hiệu suy tim. Điện tim đồ chỉ ra cái gì ? điều gì từ nó làm bạn ngạc nhiên ?

Trả lời

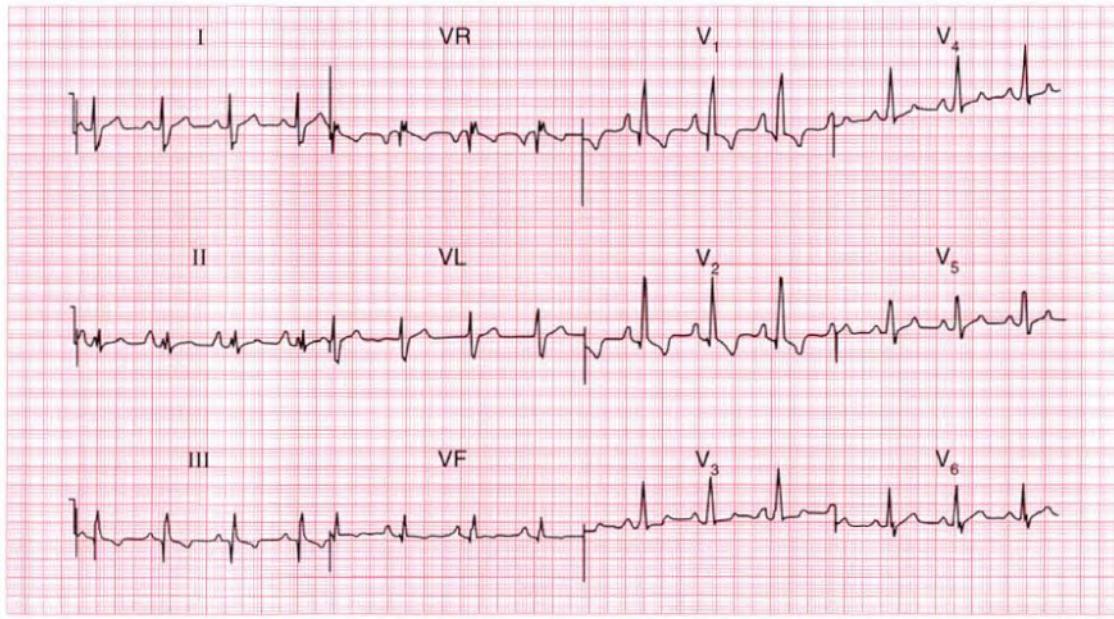
- Nhịp xoang 55ck/p
- Bloc AV độ I (PR 350ms)
- Trục bình thường
- Sóng Q DII,DIII,AVF
- ST chênh lên ở DII,DIII,AVF
- ST chênh xuống và ST đảo ngược ở DI,AVL
- ST chênh xuống nhẹ ở các đạo trình ngực

Điển giải lâm sàng

Nhồi máu cơ tim cấp thành dưới với thiếu máu cơ tim thành trước bên và bloc AV độ I. Ở bệnh nhân đau do nhồi máu cơ tim cấp thường có nhịp tim nhanh ,nhưng ở đây thần kinh phế vị quá hoạt động là nguyên nhân làm nhịp tim chậm.

Bạn làm gì ?

Bloc AV độ I bản thân nó không quan trọng nhưng với dấu hiệu sự hoạt động của thần kinh phế vị, atropin nên được dùng.Mặt khác bệnh nhân này có thể điều trị theo cách thông thường với giảm đau, aspirin và tiêu sợi huyết.



ECG90 : điện tim ghi từ một cô gái 17t có cái khó thở, sưng cổ chân, với dấu hiệu suy tim phải, và cô ta có tiếng thổi ở tim từ khi sinh ra, cô ta có vẻ tím tái. Bạn có thể nhận ra điện tâm đồ có bất thường gì và bạn có thể gợi ý điều trị gì ?

Trả lời

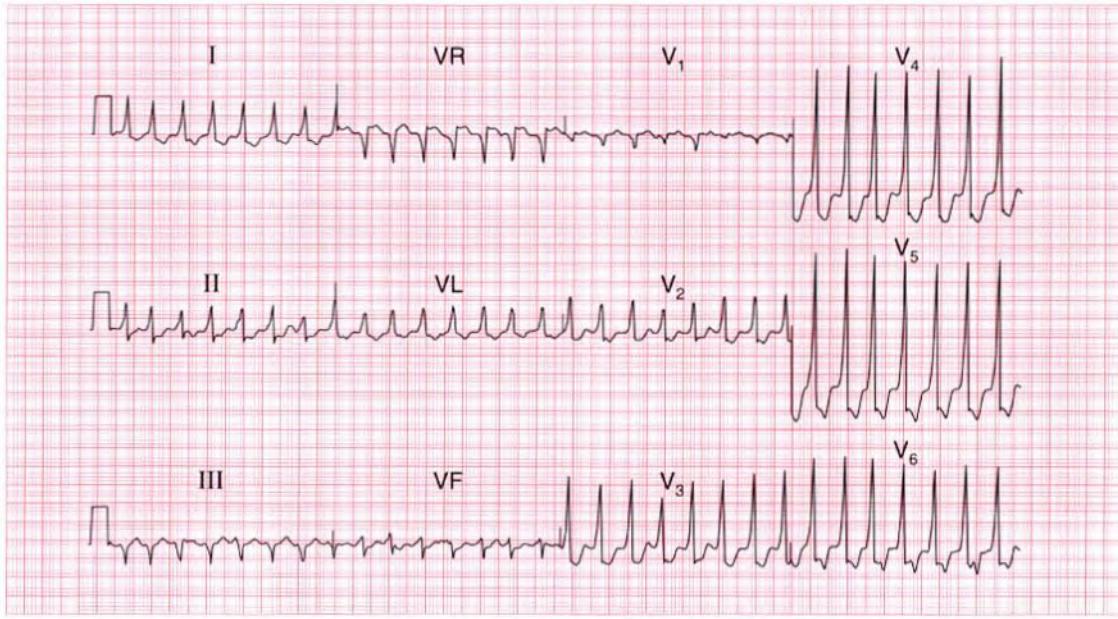
- Nhịp xoang
- Sóng P cao nhọn (nhìn thấy rõ ở DII)
- Trục bình thường
- Sóng R trội ở V1

Điễn giải lâm sàng

Điện tâm đồ chỉ ra dày nhĩ phải và dày thất P.

Bạn làm gì ?

Phì đại nhĩ phải thường đi với tăng áp phổi do một vài nguyên nhân như hẹp 3 lá, dị tật bẩm sinh bệnh ebstein . Phì đại thất phải thường đi với hẹp động mạch phổi và tăng áp phổi. Có thể kiểm chứng tất cả điều trên bằng siêu âm chẩn đoán. Bệnh nhân này có bệnh dị tật bẩm sinh bệnh ebstein và thông liên nhĩ .



ECG91 : một người phụ nữ 35t , có những cơn giống như cơn nhịp nhanh kịch phát vài năm nay, được nhìn thấy ở bộ phận cấp cứu, đây là điện tim ghi được. Chẩn đoán là gì ?

Trả lời

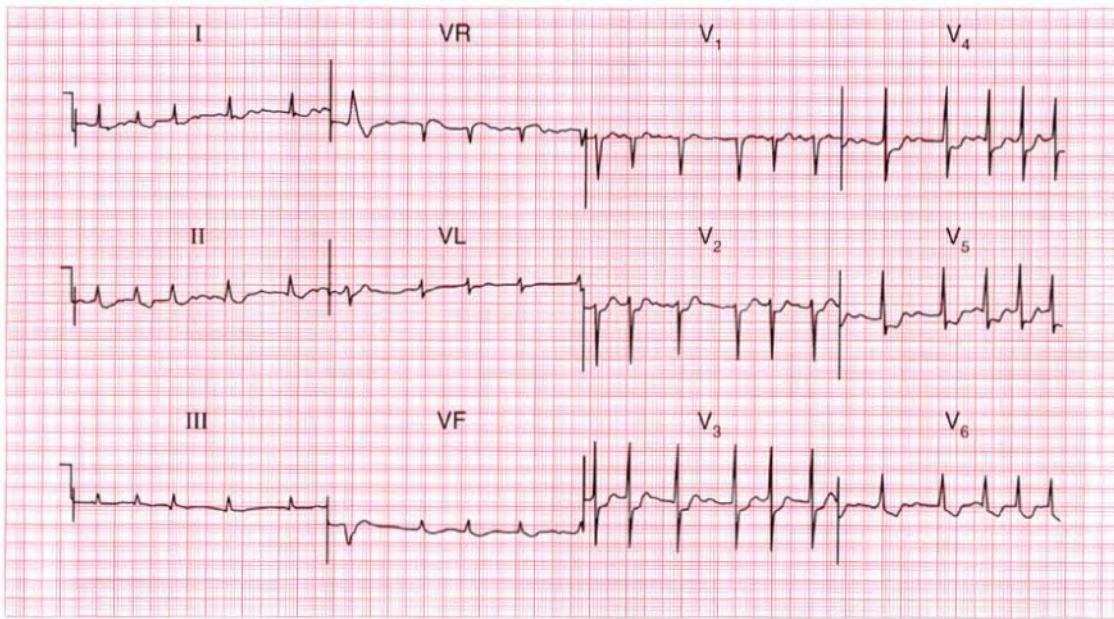
- Nhịp nhanh với phức bộ hẹp tần số khoảng 170ck/p
- Không thấy xuất hiện sóng P
- Trục bình thường
- Thời gian QRS 112ms
- Nét trát đậm ở QRS nhìn rõ nhất ở đạo trình V3,V4
- ST chênh xuống ở đạo trình V3-V6
- T đảo ngược ở các đạo trình thành bên

Điễn giải lâm sàng

Đây là nhịp nhanh phức bộ hẹp vì vậy nó là nhịp trên thất. Nét trát đậm ở QRS gợi ý hội chứng W-P-W, vì đây là nhịp nhanh với vòng vào lại do sự khử cực xuống dưới qua đường phụ. Chẩn đoán này là phù hợp với tiền sử của bệnh nhân.

Bạn làm gì ?

Xoa xoang cảnh nên nghĩ đến đầu tiên ở bệnh nhân nhịp nhanh trên thất. Ở hầu hết các bệnh nhân như vậy thì Adenosin là thuốc được dùng đầu tiên , nhưng ở đây hội chứng W-P-W sử dụng có thể sẽ nguy hiểm. Nó có thể làm bloc dẫn truyền qua nút nhĩ thất và tăng dẫn truyền qua đường phụ, và nếu rung nhĩ xuất hiện nó có thể gây rung thất. Digoxin ,verapamil và lignocaine có theercho kết quả tương tự. Thuốc dùng an toàn trong tình huống này là betablock,flecainide và amidaron .



ECG92 : một người đàn ông 60t đã điều trị suy tim một thời gian phàn nàn về sự tăng lên của hồi hộp trống ngực và giảm cân. Có gì trên điện tâm đồ và chẩn đoán cần cân nhắc là gì và bạn sẽ làm gì ?

Trả lời

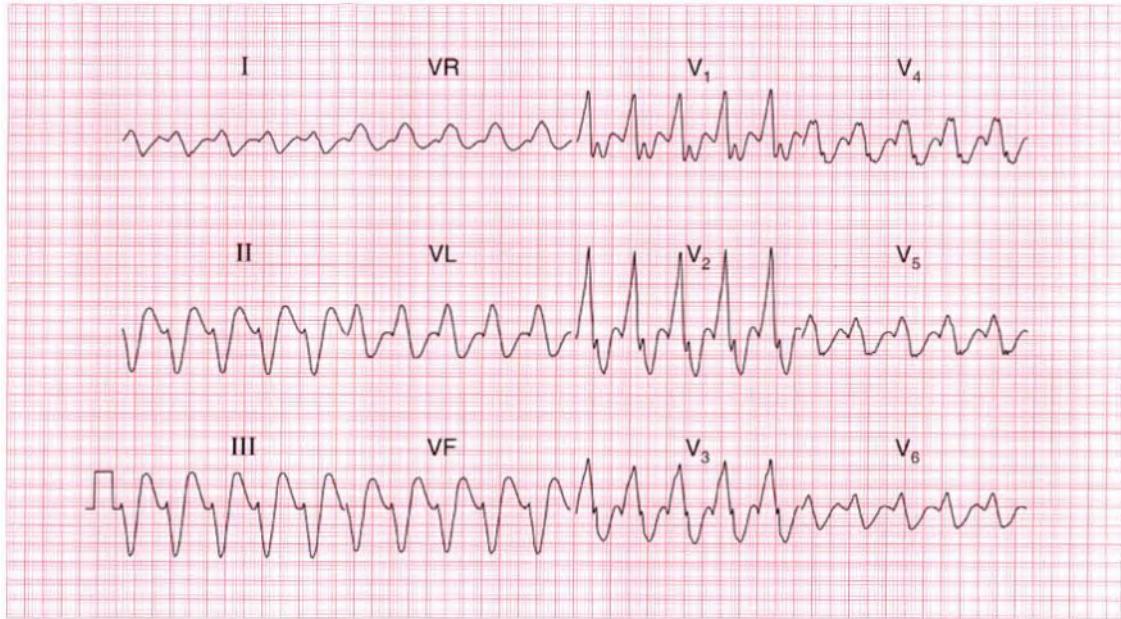
- Rung nhĩ với một ngoại tâm thu thất
- Nhịp thất 75-150ck/p
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- ST chênh xuống dạng đi ngang ở V4 và đi chênh uống dạng dốc xuống ở V6

Điều giải lâm sàng

Nhịp thất kiểm soát chưa tốt (khả năng giải thích cho hồi hộp trống ngực). Đoạn ST ở V6 gợi ý bệnh nhân đang được điều trị với digoxin. ST chênh xuống dạng đi ngang ở V4 gợi ý thiếu máu cơ tim.

Bạn sẽ làm gì ?

Khi bệnh nhân có rung nhĩ mà nhịp thất không đáp ứng với digoxin thì cần nghĩ tới một cái nhiễm độc giáp. Nó sẽ giải thích cho cái sụt cân , nhưng một vài trường hợp khác cũng có rung nhĩ và sụt cân bao gồm bệnh van tim với viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, bệnh lý ác tính với màng ngoài tim hoặc u di căn tim, chứng nghiện rượu. Siêu âm tim, kiểm tra XQ ngực, định lượng hormone tuyến giáp, kiểm tra chức năng gan là cần thiết.



ECG93 : một người đàn ông 60t ,ông ta vốn khỏe ngoại trừ có cái khó thở nhẹ khi gắng sức ,vào nhập viện vì xuất hiện đột ngột phù phổi cấp, và đây là điện tim ông ta. Ông ta không từng bị đau ngực . Đây là nhịp gì và bạn sẽ điều trị ông ta như thế nào ?

Trả lời

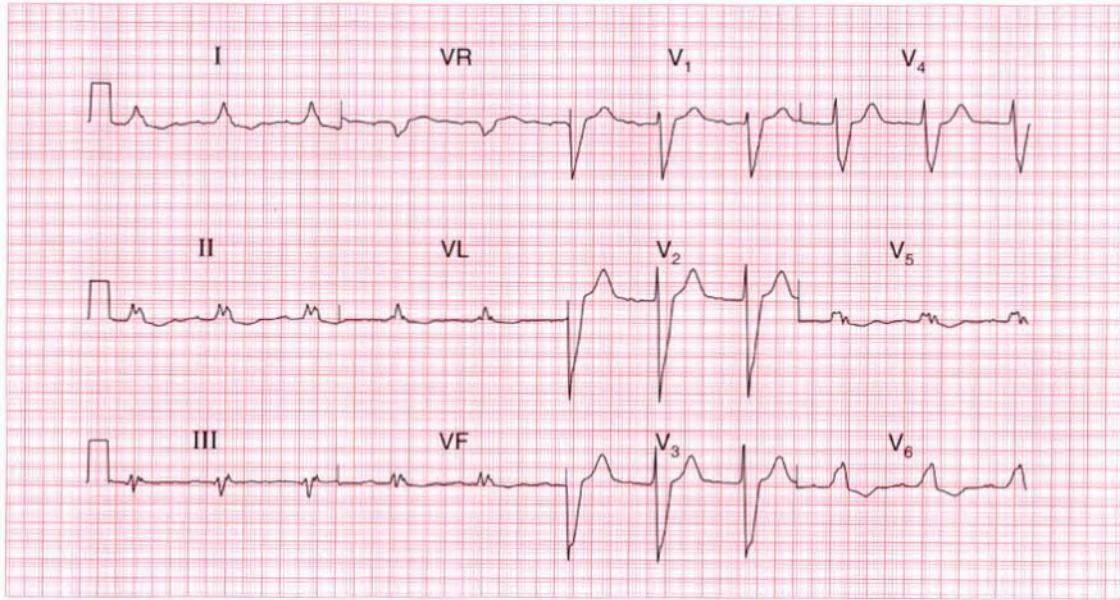
- Nhịp phức bộ giãn rộng tần số 130ck/p
- Không có sóng P
- Trục trái
- Thời gian QRS 120ms
- QRS có dạng bloc nhánh phải
- QRS ở các đạo trình trước không có sự phù hợp với nhau

Điễn giải lâm sàng

Phức bộ QRS rộng với trục trái gợi ý một nhịp nhanh thất.Tuy nhiên thiếu sự phù hợp (chẳng hạn như QRS ở V1-V4 hướng lên trên , trong khi QRS V5-V6 hầu như xuống dưới và dạng trục phải với sóng R thứ hai cao nhọn hơn sóng R đầu tiên gợi ý rằng đây có thể là nhịp trên thất với bloc nhánh. So sánh điện tâm đồ khi bệnh nhân ở nhịp xoang là cách duy nhất để chẩn đoán đây là rối loạn nhịp gì.

Bạn làm gì ?

Nếu bệnh nhân có cái phù phổi thì chuẩn bị sốc điện ngay lập tức là cần thiết , và trong khi chờ đợi sốc điện thì bệnh nhân được điều trị với diamorphin, lợi tiểu tĩnh mạch, lignocain,amiodaron tĩnh mạch. Điện tim sau sốc điện được trình bày ở ví dụ tiếp theo.



ECG94 : Đây là điện tim khác cũng ghi từ bệnh nhân nam 60t vào nhập viện với nhịp nhanh phức bộ giãn rộng (nhìn thấy ở ví dụ trước). Đây là điện tâm đồ sau sốc điện , khi ông ta đã khỏe. Nồng độ troponin của ông ta vẫn bình thường từ lúc nhập viện vì vậy ông ta không có nhồi máu cơ tim. Bạn sẽ báo cáo điện tâm đồ này như thế nào và bệnh lý cơ bản ở đây là gì ?

Trả lời

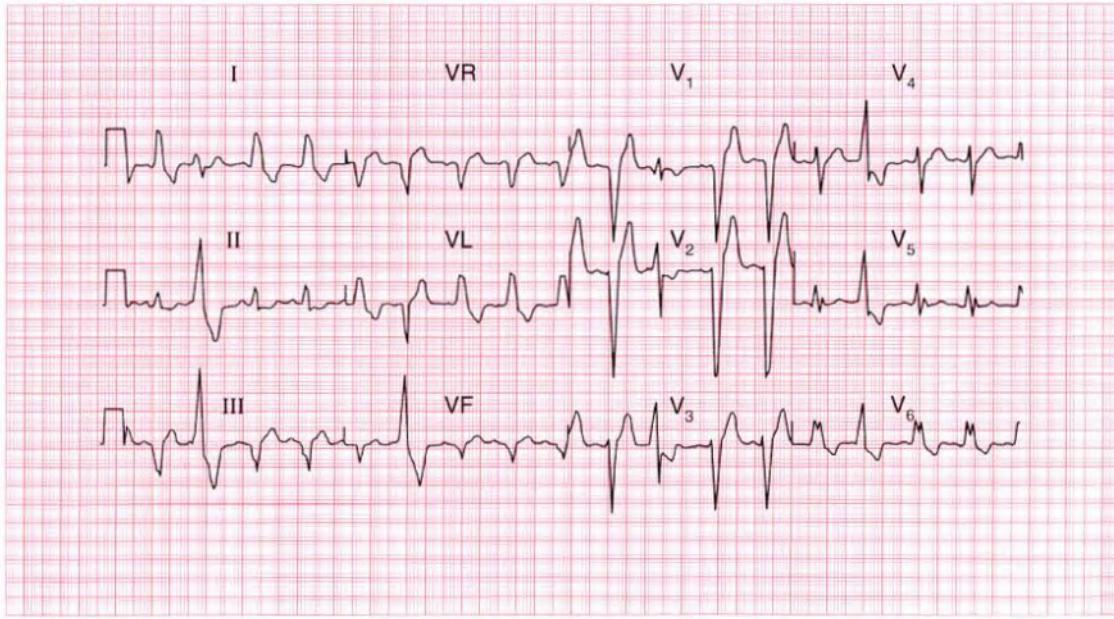
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS giãn rộng (200ms)
- Bloc nhánh trái
- Bloc AVđộ I

Điễn giải lâm sàng

Kết hợp với điện tâm đồ trước của bệnh nhân (ECG93) chỉ ra rằng khi ông ta có nhịp nhanh thì trục và hình dạng QRS thay đổi. Bởi vậy nhịp nhanh phức bộ giãn rộng ở trên gần như chắc chắn là bắt nguồn từ thất. Vì bệnh căn của ông ta không có đau ngực nên có vẻ nó giống như một bệnh cơ tim thê giãn.

Bạn làm gì ?

Nếu sau khi bệnh nhân được điều trị với ức chế men chuyển và amiodaron mà vẫn còn những đoạn nhịp nhanh thất thì cấy máy phá rung là cần thiết.



ECG95 : Điện tâm đồ ghi từ một người đàn ông 50t nhập viện sau 2h với cái đau ngực điển hình của nhồi máu cơ tim. Sáu tháng trước điện tim đồ của ông ta là bình thường. Điện tim chỉ ra cái gì và bạn sẽ làm gì ?

Trả lời

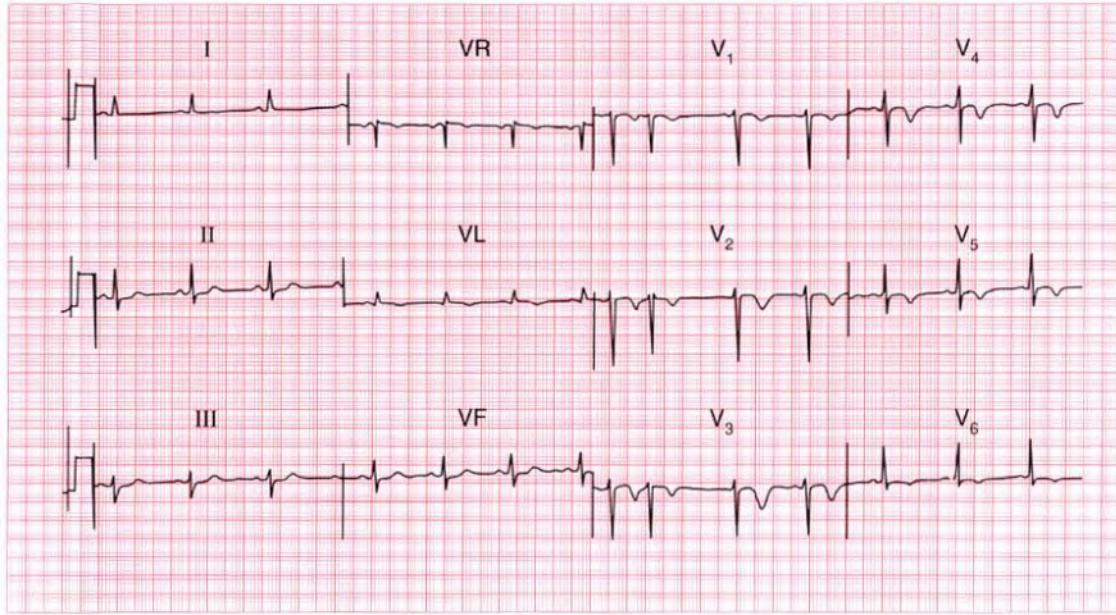
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Ngoại tâm thu thất
- Bloc nhánh trái

Điễn giải lâm sàng

Ngoại tâm thu thất có thể dễ dàng nhận ra bởi nó có hình thái khác với dạng bloc nhánh trái và bởi vì nó không có sóng P đi đầu tiên trước. Bloc nhánh trái có thể là kết quả của nhồi máu cơ tim.

Bạn làm gì ?

Bloc nhánh trái rõ ràng là phát triển trong vòng 6 tháng trở lại đây và tiền sử gợi ý một cái nhồi máu cơ tim. Dữ liệu cung cấp là bệnh nhân không có chống chỉ định việc dùng một yếu tố tiêm sợi huyết. Ngoại tâm thu thất có thể không cần điều trị.



ECG96 : một người đàn ông 50t vào nhập viện cấp cứu đang có cái đau ngực khoảng 1h. Trong thời gian ông ta nằm ở bộ phận dõi thi không hết đau ngực và kiểm tra không thấy bất thường. Đây là điện tâm đồ của ông ta. Nó chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

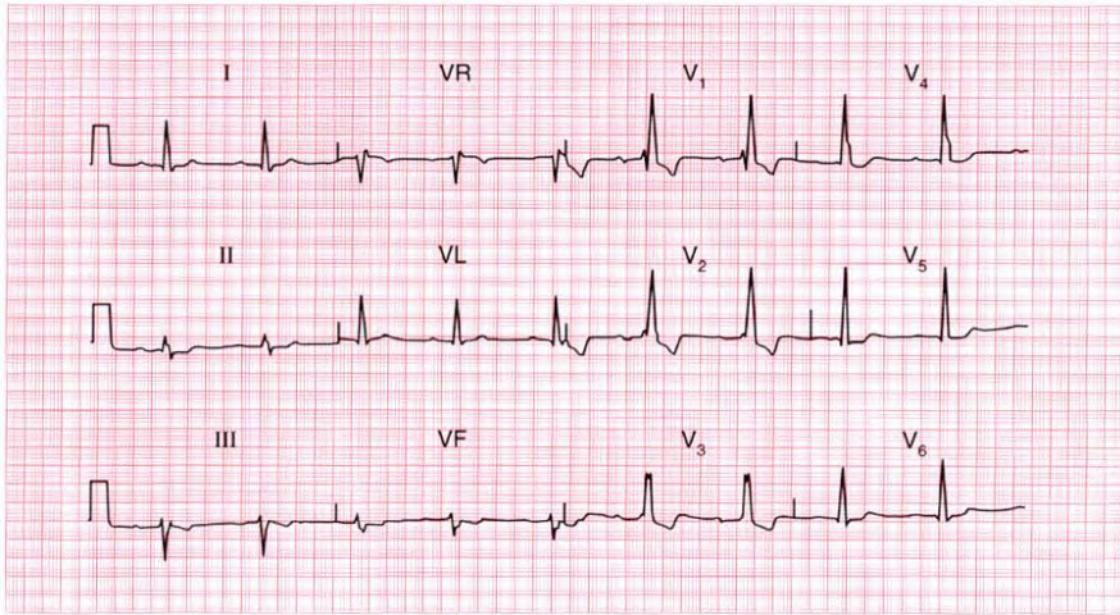
- Nhịp xoang với một ngoại tâm thu trên thất (xuất hiện một sóng P bất thường ở V1, vì vậy nó bắt nguồn từ nhĩ)
- Trục bình thường
- QRS bình thường
- T đảo ngược ở AVL,V1-V6

Điễn giải lâm sàng

Có nhiều nguyên nhân làm cho sóng P đảo ngược và điện tim đồ phải luôn được hiểu là tổng thể của bệnh cảnh lâm sàng. Trong trường hợp này tiền sử gợi ý một cái nhồi máu cơ tim và ECG đặc trưng của một cái nhồi máu cơ tim cấp không sóng Q.

Bạn làm gì ?

Các yếu tố nguy cơ trực tiếp ở đây là thấp và không có bằng chứng có lợi cho việc sử dụng tiêu sợi huyết. Mặc dù hiện tại bây giờ ông ta không có triệu chứng gì nhưng ông ta nên ở lại bệnh viện để theo dõi. Nguy cơ sau 3 tháng tới cũng là tương đối cao so với nhồi máu có sóng Q , và tiếp tục theo dõi thêm là cần thiết.



ECG97 : điện tâm đồ ghi như là một phần kiểm tra trước mổ của một người đàn ông 65t không có triệu chứng tim mạch, kiểm tra làm sàng thì tim không có vấn đề gì . ECG chỉ ra cái gì và cần thiết phải làm gì ?

Trả lời

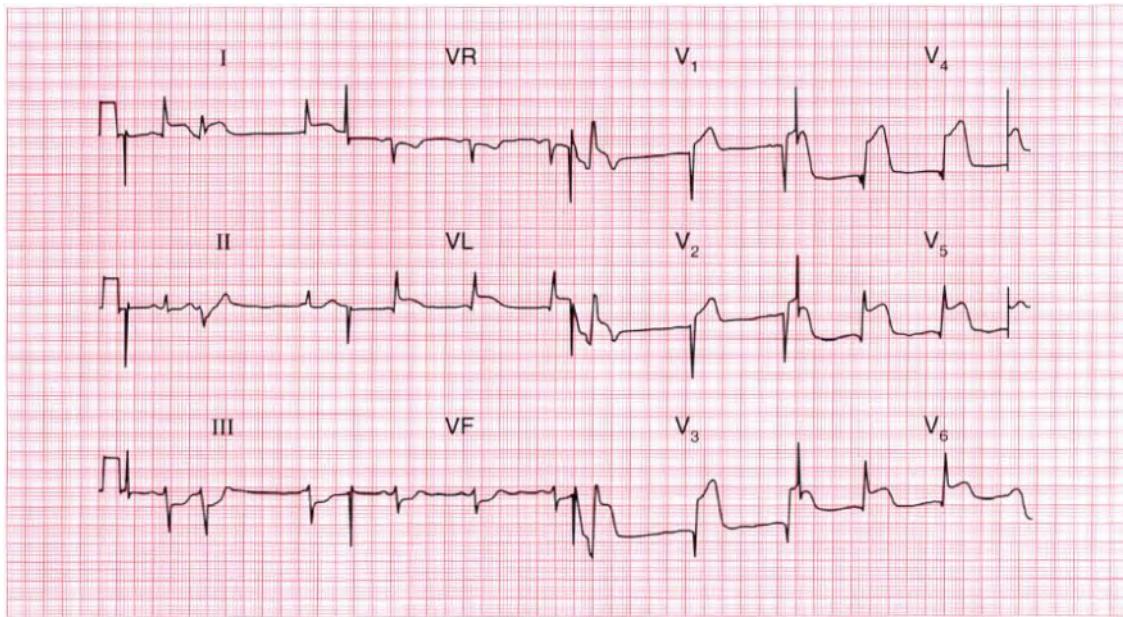
- Nhịp xoang
- Bloc AV độ I
- Trục bình thường
- Bloc nhánh phải

Điễn giải làm sàng

Bloc nhĩ thất độ I chỉ ra chậm dẫn truyền trong bó his hoặc trong nhánh trái, cộng với bloc hoàn toàn nhánh phải.

Bạn làm gì ?

Nguy hiểm nhất là sự phát triển lên bloc nhĩ thất hoàn toàn, mặc dù tình trạng hiện tại vẫn có thể duy trì lâu dài. Về điều trị hiện tại thì không có gì cấp bách, nhưng một số chuyên gia tim mạch sẽ khuyên nên cấy một máy tạo nhịp vĩnh viễn. Không có điều trị khác được xem là hữu ích. Cần xem xét xem khả năng ông ta có khiếm khuyết các vách ngăn không .



ECG98 : điện tim ghi từ một người đàn ông 50t có cái đau ngực mức độ nặng khoảng 1h. Điện tim chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

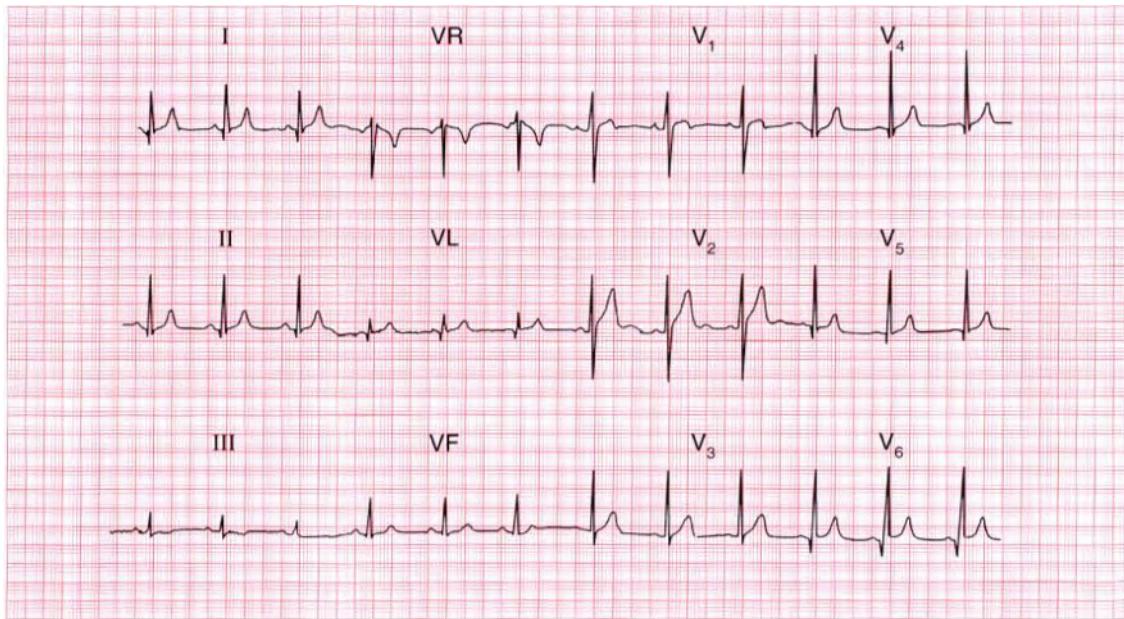
- Nhịp xoang với ngoại tâm thu thất
- Trục bình thường
- Q ở V3-V5
- Đoạn đoạn ST chênh lên DI,AVL, V3-V6
- ST chênh xuống DIII,AVF

Điễn giải lâm sàng

Ngoại tâm thu thất kết hợp với nhồi máu cơ tim cấp thành trước bên.

Bạn làm gì ?

Bệnh nhân cần dùng morphin và aspirin ngay lập tức và tiêu sợi huyết càng sớm càng tốt nếu có thể.
Ngoại tâm thu không cần điều trị.



ECG 99 :Điện tâm đồ ghi từ một người đàn ông 30t phàn nàn về đau ngực, cái đau này dường như không bắt nguồn từ tim, thăm khám lâm sàng bình thường. Người đàn ông này có thể được cấp giấy phép lái xe không.

Trả lời

- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Sóng Q nhỏ ở DII,DIII,AVL,V4-V6
- Phức bộ QRS ở các đạo trình khác bình thường
- Sóng T đảo ngược ở DIII, nhưng AVF không có

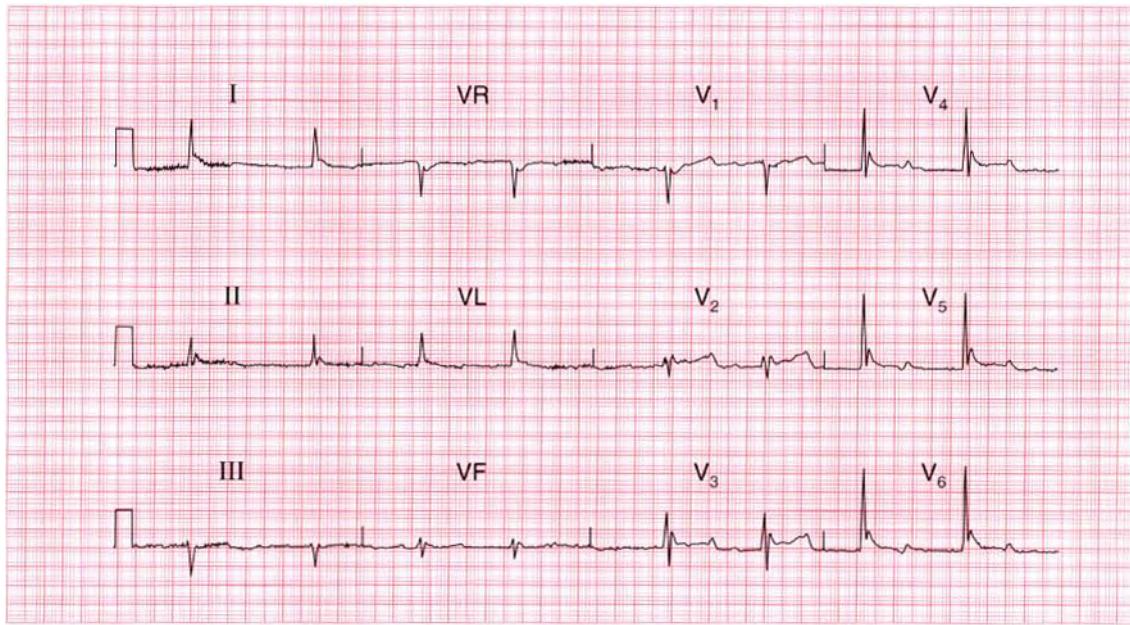
Điễn giải lâm sàng

Các sóng Q khá sâu nhưng thời gian chỉ dưới 40ms và hầu như chỉ ở các đạo trình thành bên . Nó là đặc trưng của khứ cực vách không phải nhồi máu cũ thành bên . Sóng T có ở DIII không có ở AVF là biến thể bình thường.

Bạn làm gì ?

Điện tâm đồ là bình thường , nếu anh ta không có dấu hiệu của bệnh tim thì anh ta có thể được cấp giấy phép lái xe. Nếu còn nghi ngờ thì có thể thực hiện một test gắng sức.

Ô



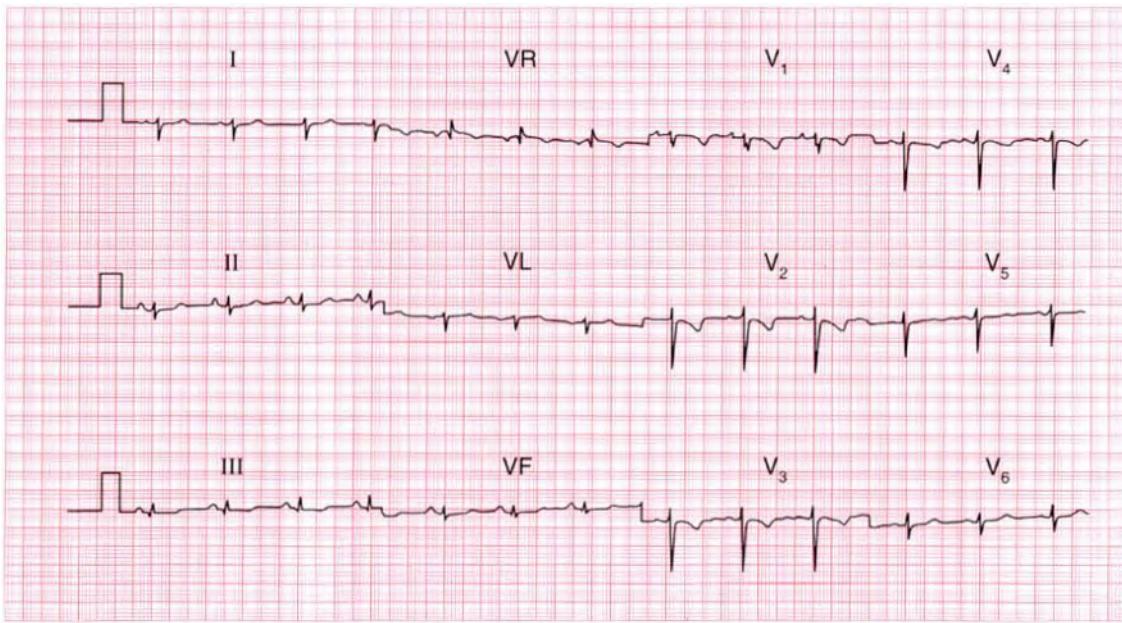
ECG100 : một người đàn bà 80t được thấy trong tình trạng mất ý thức với dấu hiệu lâm sàng gợi ý một cái đột quỵ. Cho một vài nhận xét ?

Trả lời

- Rung nhĩ với đáp ứng thất 50ck/p
- Thời gian QRS kéo dài 160ms
- Xuất hiện sóng J nhìn rõ nhất ở V3-V6
- ST và sóng T thay đổi ở các đạo trình nhưng không đặc hiệu

Điễn giải lâm sàng

Rung nhĩ có thể liên quan hoặc không liên quan đến đột quỵ của bà ta – bà ta có thể bị thuyên tắc mạch máu não hoặc bà ta cùng bị bệnh mạch vành và bệnh mạch máu não. Nhịp thất chậm và sóng J gợi ý hạ thân nhiệt và cột đo nhiệt độ của cô ta là 25 độC. ECG ghi từ bệnh nhân hạ thân nhiệt rất hiếm khi xuất hiện sóng J rõ ràng như vậy bởi có nhiều hình ảnh giả do run – nhưng ở bệnh nhân này quá lạnh để mà run. Bà ta rất khó qua khỏi.



ECG101 : một người phụ nữ 32t, cô ta mang thai bình thường và đã sinh cách đây 3 tháng, được thấy trong bộ phận bệnh nhân điều trị ngoại trú phàn nàn về khó thở và chóng mặt khi gắng sức. Cô ta không có đau ngực. Điện tim có giúp được gì cho chẩn đoán và điều trị cô ta ?

Trả lời

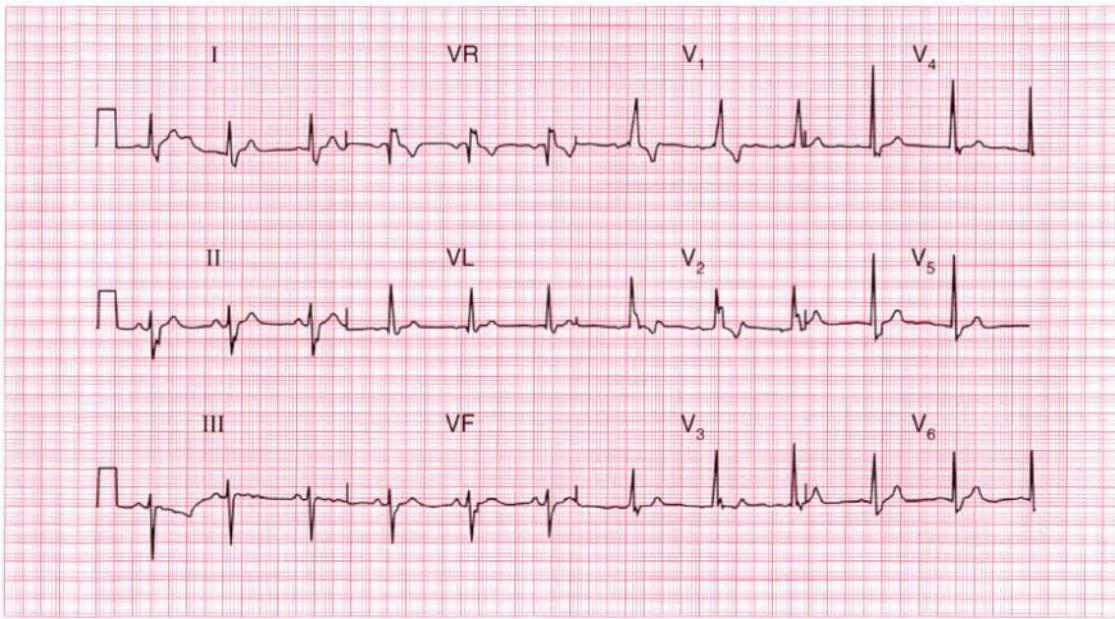
- Nhịp xoang
- Trục phải
- QRS bình thường ngoại trừ dạng RSR ở V1,sóng S sâu ở V6
- Sóng T đảo ngược V1-V4

Điễn giải lâm sàng

Trục phải , sóng S sâu ở V6 (tim xoay phải) sóng T đảo ngược ở các đạo trình trước ngực là dấu hiệu đặc trưng của phì đại thất phải : chỉ thiếu dấu hiệu đặc trưng duy nhất là sóng R chiếm ưu thế ở V1 . chú ý sóng T đảo ngược lớn nhất ở V1 và nổi dần lên ít ở đạo trình V2-V4.

Bạn làm gì ?

Trong trường hợp này bệnh nhân vừa sinh được 3 tháng, điện tâm đồ có dạng của phì đại thất phải hầu như chắc chắn chỉ điểm của thuyên tắc nhiều mạch phổi nhỏ gây tăng áp động mạch phổi. Chụp phổi để xác nhận chẩn đoán và thuốc tiêm sợi huyết cần dùng ngay.



ECG102 : điện tim đồ ghi từ một người đàn ông 60t trong lần kiểm tra sức khỏe định kì. Nó chỉ ra cái gì và bạn có lời khuyên gì ?

Trả lời

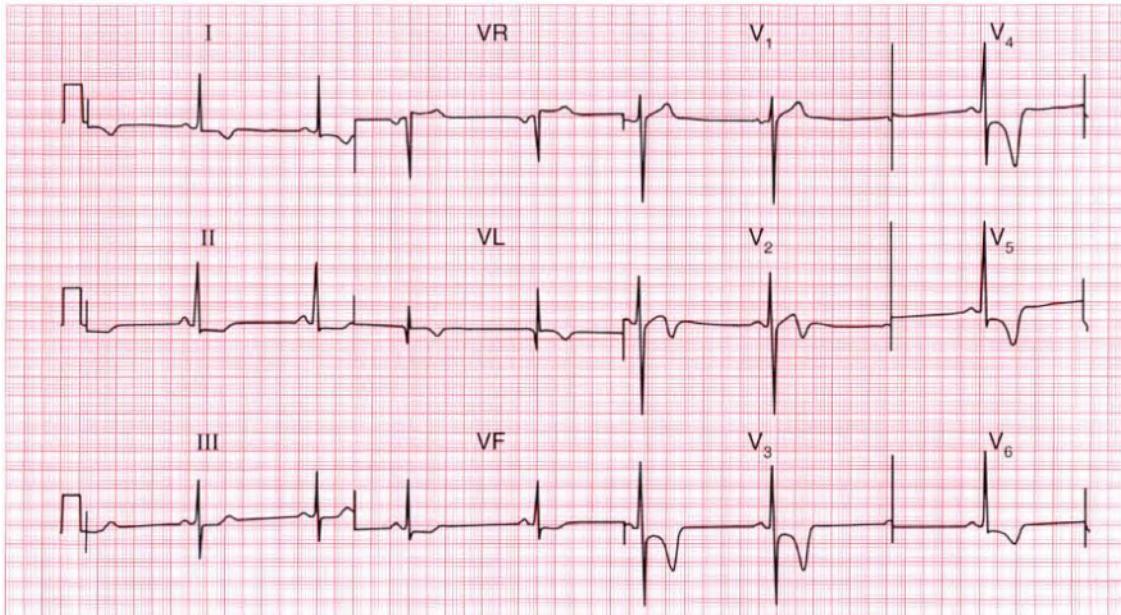
- Nhịp xoang
- Trục trái
- Khoảng PR bình thường
- Bloc nhánh phải

Điễn giải lâm sàng

Kết hợp trục hướng trái (còn gọi bloc phân nhánh trái trước vì nó là kết quả bloc phân nhánh trái trước của nhánh trái) và bloc nhánh phải gọi là bloc 2 bó. Dẫn truyền nhĩ thất phụ thuộc phân nhánh trái sau của nhánh trái.

Bạn làm gì ?

Sự tiến triển thành bloc hoàn toàn có thể xảy ra nhưng là rất hiếm. Trong trường hợp không có triệu chứng thì trong thực hành lâm sàng tại Anh không khuyến cáo cấy máy tạo nhịp Vĩnh viễn.



ECG103 : ECG ghi như một phần kiểm tra sức khỏe của một vận động viên điền kinh chuyên nghiệp 25t. không có dấu hiệu lâm sàng bất thường . Điện tim đồ nó chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

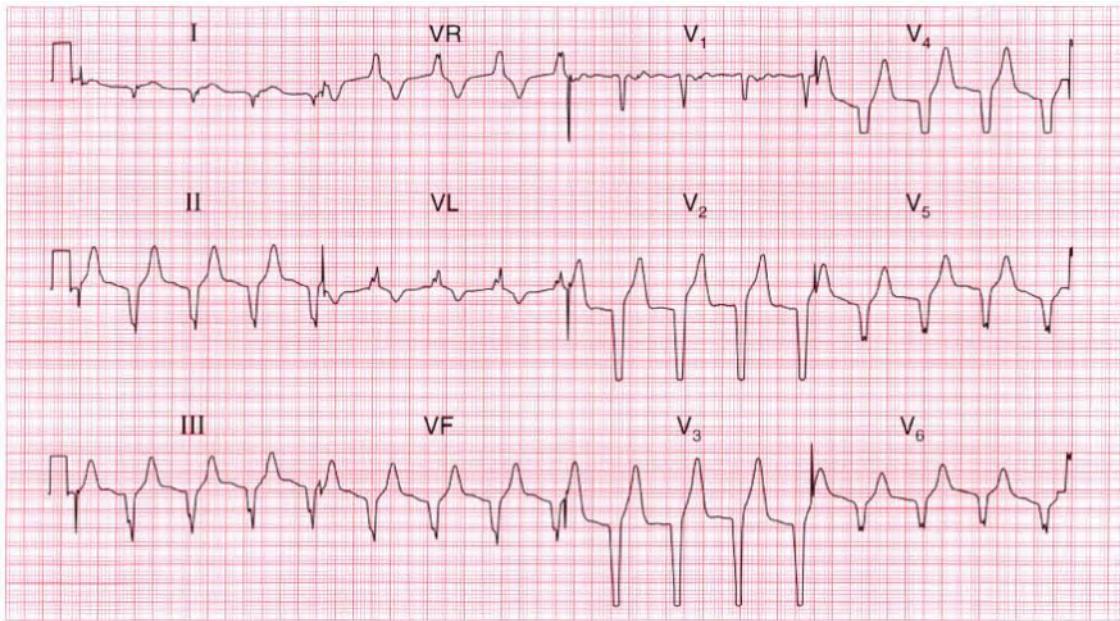
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- QRS bình thường ngoại trừ sóng Q hẹp ở AVL
- Sóng T đảo ngược ở D1,AVL, V2-V6

Điễn giải lâm sàng

Nếu điện tâm đồ ghi từ người đàn ông trung tuổi với cái đau ngực đang diễn ra thì có thể chẩn đoán một nhồi máu không có sóng Q hoặc giai đoạn sớm nhồi máu có sóng Q. Điện tim đồ của vận động viên điền kinh có thể có sự thay đổi đoạn ST hoặc sóng T do phì đại thất trái, nhưng mức độ đảo ngược của sóng T trước vách ở người đàn ông trẻ tuổi khỏe mạnh gần như chắc chắn thể hiện bệnh cơ tim phì đại.

Bạn làm gì ?

Siêu âm tim sẽ khẳng định được chẩn đoán. Ghi điện tim đồ cấp cứu liên tục để xem bệnh nhân có rối loạn nhịp thất không. Anh ta có thể không nên chơi những môn thể thao tranh chấp và người thân của anh ta cũng nên được kiểm tra.



ECG104 : điện tim đồ ghi từ một người đàn ông 45t, ông ta nhập viện vào đơn vị chăm sóc mạch vành với một cái nhồi máu cơ tim và ông ta đã hồi phục tốt. Đây là rối loạn nhịp gì và bạn sẽ làm gì ?

Trả lời

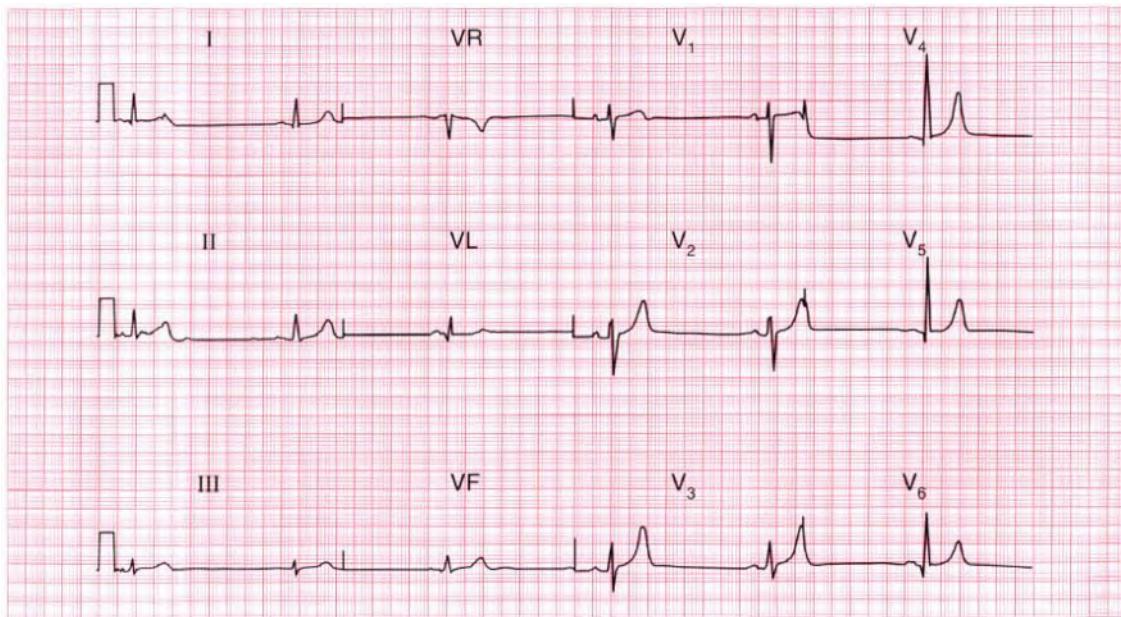
- Nhịp với các phức bộ giãn rộng tần số 90ck/p
- Không có sóng p
- Trục hướng trái
- Thời gian QRS 160ms
- Tất cả các phức bộ QRS đạo trình trước ngực hướng xuống dưới

Điển giải lâm sàng

Nếu nhịp tim ở đây nhanh sẽ có một chút khó khăn trong việc nhận ra đây như là một nhịp nhanh thất và nhịp này thường được gọi là 'nhanh thất chậm'. Tuy nhiên nó là nhịp tự thất tăng tốc.

Bạn làm gì ?

Nhịp này khá phổ biến trên những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp và không phổ biến trên điện tâm đồ ghi được người bình thường. Nó không bao giờ gây ra vấn đề gì và điều quan trọng là không bao giờ cố gắng tìm cách điều trị nó : úc chế nhịp thoát có thể dẫn đến nhịp chậm nguy hiểm.



ECG105 : điện tim đồ ghi từ một người đàn ông 50t có tăng huyết áp nhưng không các vấn đề khác thì tốt.

Trả lời

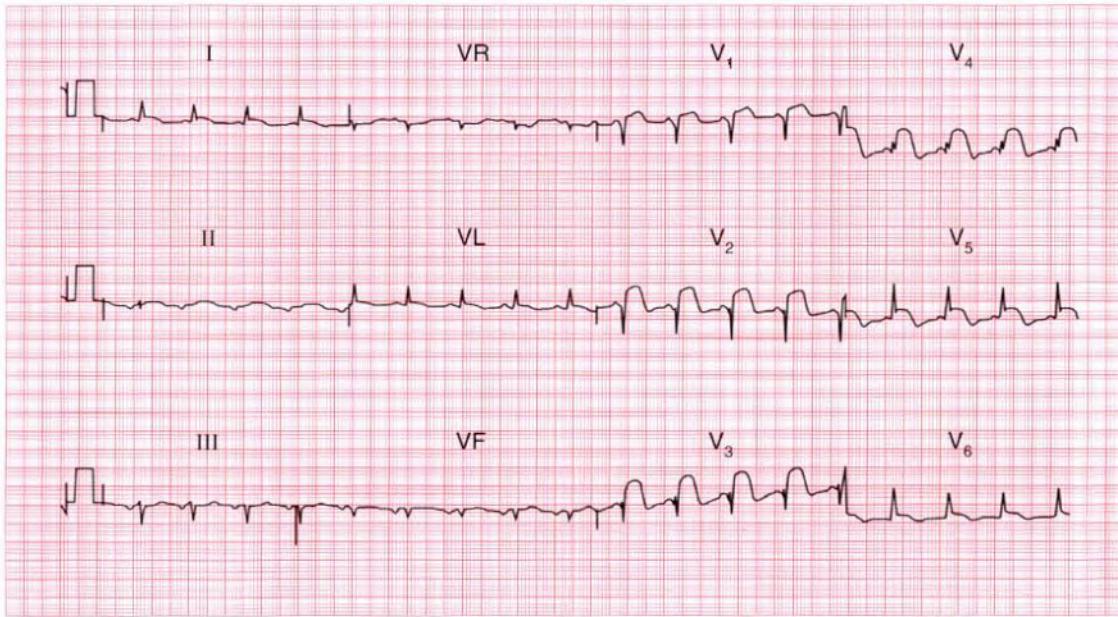
- Nhịp xoang 34ck/p
- Trục bình thường
- Sóng P 2 đỉnh, nhìn rõ nhất ở các đạo trình thành bên
- Sóng Q nhỏ hẹp ở các đạo trình thành bên
- QRS bình thường
- Sóng T nhọn

Điễn giải lâm sàng

Nhịp xoang chậm có thể triệu chứng do cường phế vị hoặc phù niêm. Trong bệnh nhân có tăng huyết áp, điều trị bằng betabloc là một giải thích phù hợp. Sóng P hai đỉnh có thể là chỉ điểm của một cái phì đại nhĩ (P hai lá), nhưng có thể bình thường. Sóng Q nhỏ ở các đạo trình thành bên là bình thường, đặc trưng của khử cực vách. Sóng T có thể là do tăng kali máu nhưng thường đây là một biến thể bình thường.

Bạn làm gì ?

Kiểm tra nồng độ kali máu.



ECG106 : một người đàn ông 48t nhìn thấy ở bộ phận theo dõi có cái đau ngực cách đây 24h, nhưng hiện tại đã hết đau ngực. Hiện tại ông ta có khó thở. Điện tâm đồ chỉ ra cái gì và cần điều trị gì ?

Trả lời

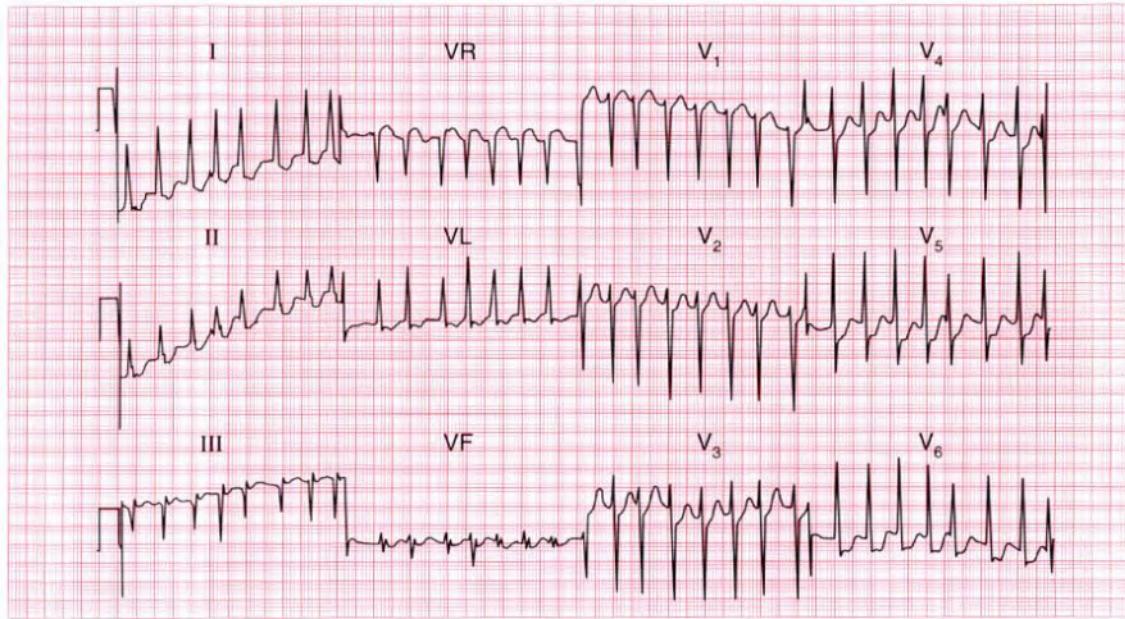
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Đoạn ST chênh lên ở DI,AVL,V2-V3
- QRS bình thường

Điễn giải lâm sàng

Điện tim đồ là đặc trưng của nhồi máu cơ tim cấp vùng trước bên.

Bạn làm gì ?

Từ khi bệnh nhân đã đau ngực đă hơn 24h, tiêu sợi huyết không còn chỉ định. Khó thở tăng lên gợi ý ông ta có tiến triển của suy tim trái, và ông ta cần nhập viện và điều trị với lợi tiểu, nếu cần thiết có thể dùng nitrat để gây giãn mạch. Bệnh nhân sẽ cần thời gian điều trị dài hạn với ức chế men chuyển. Thời gian bắt đầu điều trị còn là một tranh luận nhưng nên bắt đầu trong vòng 2-3 ngày. Ông ta cần thời gian điều trị dự phòng lâu dài với aspirin để không xuất hiện thêm nhồi máu nữa.



ECG107 : một người phụ nữ 50t vào bộ phận theo dõi vì đột ngột xuất hiện cơn hồi hộp trống ngực và khó thở mức độ nặng. ECG có những gì bất thường ?

Trả lời

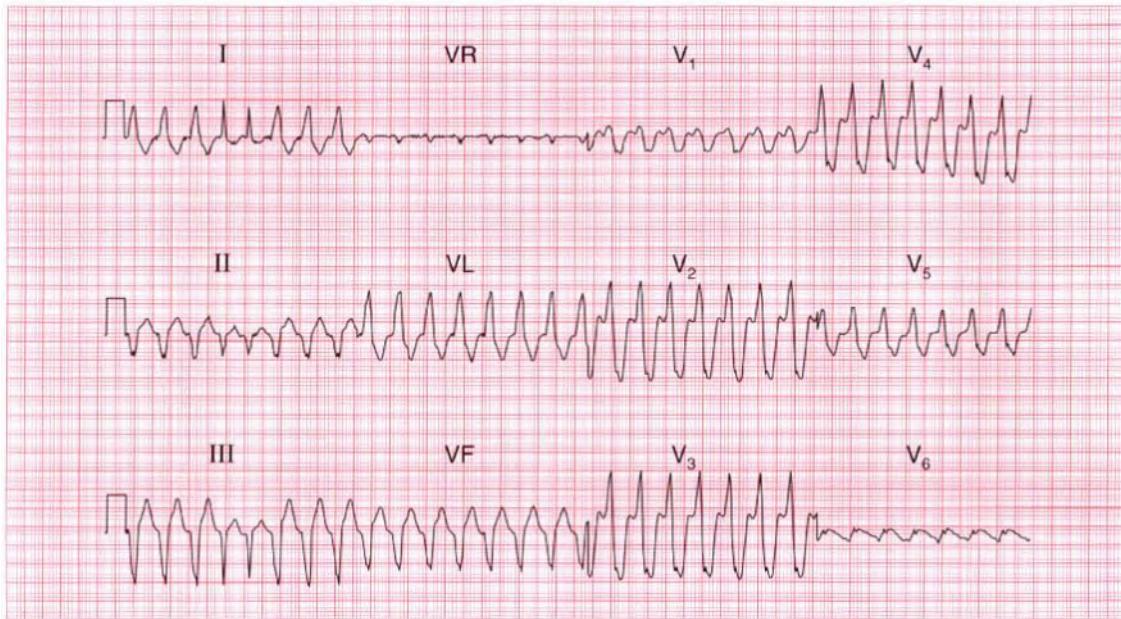
- Rung nhĩ
- QRS không đều với tần số thất khoảng 200ck/p
- Trục bình thường
- R cao ở V6 cộng với S sâu ở V2 lớn hơn 35mm gợi ý một cái phì đại thất
- QRS bình thường ngoại trừ dạng RSR ở AVF
- ST chênh xuống ở V4-V6 gợi ý thiếu máu cơ tim
- Sóng T bình thường

Điều giải lâm sàng

Rung nhĩ với nhịp thất không được kiểm soát. Thiếu máu ở V4,V5 có thể liên quan với nhịp tim của bệnh nhân .

Bạn làm gì ?

Thiếu máu cơ tim có thể là nguyên nhân gây ra rung nhĩ hoặc nhịp thất nhanh bắn thắn nó cũng làm thiếu máu cơ tim. Chẩn đoán chính là thiếu máu cơ tim có vẻ không phù hợp lâm ở bệnh nhân nữ 50t, cần suy nghĩ về khả năng của các bệnh như thấp tim (đặc biệt là với hẹp van 2 lá), nhiễm độc giáp, chứng nghiện rượu, hoặc các bệnh lý cơ tim khác. Ngay lập tức điều trị suy tim với lợi tiểu và nitrat tĩnh mạch có thể là cần thiết, nhưng nhịp thất cần kiểm soát tốt với digoxin , có thể dùng theo đường tĩnh mạch nếu cần thiết. Sốc điện cũng có thể cần thiết nếu bệnh nhân có suy tim nặng , nhưng tốt nhất đầu tiên là nên xác định các nguyên nhân cơ bản gây rung nhĩ nếu có thể. Phải nhớ rằng bệnh nhân rung nhĩ chắc chắn cần thời gian dài điều trị với chống đông.



ECG108 :một người đàn bà 70t nhập viện vì tình trạng nặng lên của suy tim mà nguyên nhân không rõ ràng, bà ta ngất và thấy một nhịp tim rất nhanh , huyết áp tụt. Đây là điện tim của bà ta . Bà ta tự hồi phục một cách tự nhiên. Đây là rối loạn nhịp gì ? bạn sẽ làm gì ?

Trả lời

- Nhịp nhanh với phức bộ giãn rộng tần số 180ck/p
- Không thấy sóng p xuất hiện
- Trục trái
- Thời gian QRS khoảng 140ms
- Phức bộ QRS ở nhịp thứ 4, thứ 5 hép
- Các phức bộ QRS có vẻ phù hợp nhau (các đạo trình trước ngực hướng lên trên) mặc dù nó khó xác định.

Điễn giải lâm sàng

Nhịp nhanh với phức bộ giãn rộng có thể là nhịp thất hoặc trên thất với bloc nhánh hoặc có thể do hội chứng W-P –W. Chúng ta không có điện tâm đồ khi bà ta ở nhịp xoang, mà nó luôn là có ích giúp ta quyết định giữa các khả năng. Các phức bộ giãn không rộng lắm, nó sẽ phù hợp với một nhịp bắt nguồn trên thất có dẫn truyền bất thường , nhưng trục trái và (có thể) điều đó phù hợp một nhanh thất. Chìa khóa của vấn đề nằm ở 2 phức bộ hép gần lúc bắt đầu ghi điện tim : nó đến hơi sớm và có thể là nhịp bắt được. Nó chỉ ra rằng với nhịp trên thất đến sớm chức năng hệ dẫn truyền bình thường, điều này ngụ ý rằng phức bộ giãn rộng có thể là kết quả của nhịp nhanh thất.

Bạn làm gì ?

Ở một bệnh nhân lớn tuổi với suy tim thì thường do thiếu máu cơ tim hơn là các nguyên nhân khác, nhưng tất cả các nguyên nhân gây suy tim cần được xem xét. Sự xuất hiện đột ngột của rối loạn nhịp có thể là do một nhồi máu cơ tim. Thuyên tắc phổi cũng có thể gây ra rối loạn nhịp đột ngột , tuy nhiên nó thường gây rối loạn nhịp trên thất hơn là thất. Điều quan trọng là cần xem xét rối loạn

nhịp có liên quan với điều trị không, hoặc do rối loạn điện giải hoặc loạn nhịp do tác dụng của các thuốc bạn nhân đang dùng.



ECG109 : đây là dải điện tim ghi liên tục ở đạo trình DII của một người đàn ông 25t phàn nàn về sự xuất hiện thường xuyên, đều đặn của những cơn hồi hộp trống ngực liên quan với khó thở và chóng mặt. Khi kiểm tra thì không có gì bất thường ngoài một mạch chậm và không đều, và ngoài bất thường về nhịp ở đây thì điện tâm đồ bình thường. Chẩn đoán ở đây là gì và có thể đưa ra vấn đề gì về điều trị.

Trả lời

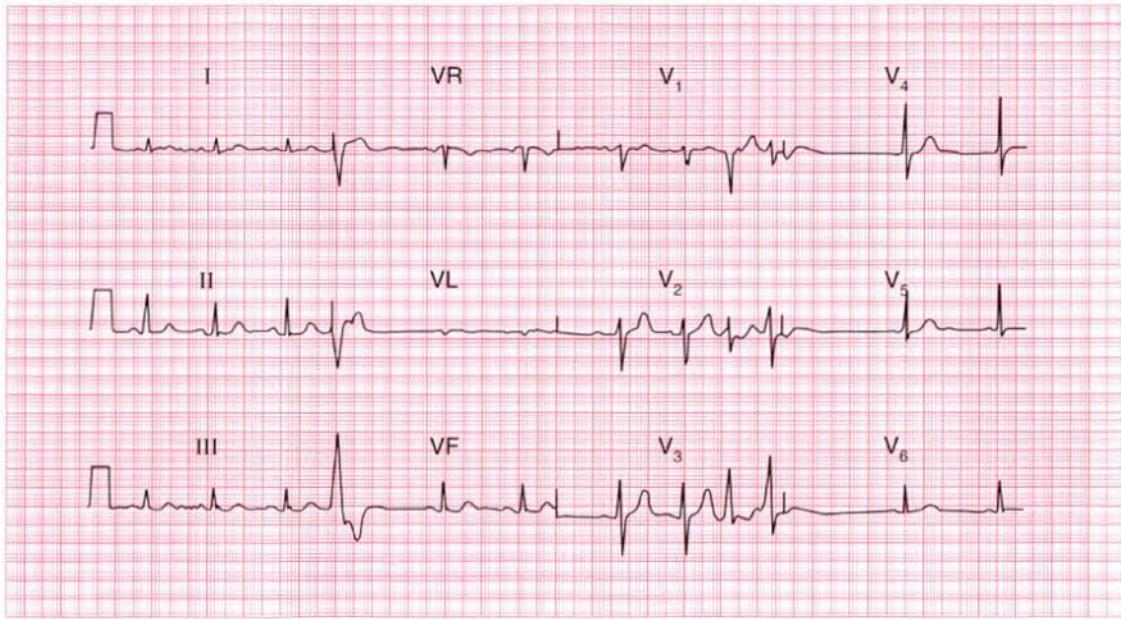
- Tần số QRS biến đổi (16-60ck/p)
- Không có sóng P
- Không có cơ sở để gợi ý rung nhĩ
- Dường như có thể chắc chắn phức bộ QRS và sóng T bình thường

Điễn giải lâm sàng

Đây là ' hội chứng suy nút xoang' hoặc 'bệnh lý xoang nhĩ'. Điện tim ghi không thấy sóng nhĩ với sự biến đổi của nhịp thoát nút . Hồi hộp ngực được bệnh nhân diễn tả có thể là kết quả của nhịp nhanh kịch phát trên thất, vì anh ta có thể có nhịp 'nhanh-chậm' biến thể của bệnh lý nút xoang.

Bạn làm gì ?

Ghi điện tim holter 24h có thể xác định được nguyên nhân gây hồi hộp ngực của bệnh nhân. Mặc dù nhịp chậm của anh ta không có triệu chứng , nhưng anh ta sẽ cần một máy tạo nhịp vĩnh viễn bởi vì các tác nhân chống lại rối loạn nhịp nhanh có thể gây cho anh ta một cái nhịp chậm nguy hiểm.



ECG110 : điện tim ghi từ một người đàn ông 80t trong thời gian theo dõi trước phẫu thuật . Nó chỉ ra cái gì và có ảnh hưởng gì đến phẫu thuật không ?

Trả lời

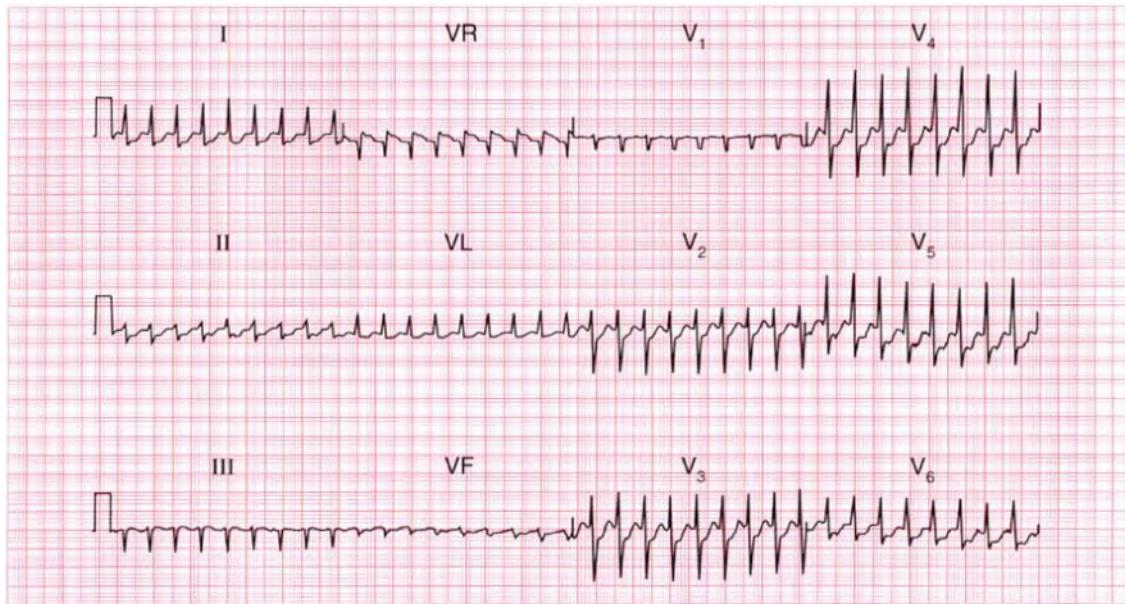
- Nhịp xoang với ngoại tâm thu thất
- Ngoại tâm thu thất có 2 dạng , nhìn rõ nhất ở V3
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Đoạn ST và sóng T bình thường

Điễn giải lâm sàng

Nhịp xoang với ngoại tâm thu thất đa ổ,còn các cái khác bình thường.

Bạn làm gì ?

Ở phần lớn các bệnh nhân ngoại tâm thu thất có liên quan với các dạng bệnh lý tim mạch. Tuy nhiên , cũng có một số ngoại tâm thu thất xuất hiện ở trái tim hoàn toàn bình thường – thực vậy , thực tế có một vài người có ngoại tâm thu thất theo thời gian. Ngoại tâm thu thất trở nên phổ biến khi tuổi càng cao và bệnh nhân này là 80t. Trong trường hợp không có triệu chứng hoặc dấu hiệu lâm sàng gợi ý bệnh lý tim mạch thì ngoại tâm thu không có nhiều ý nghĩa và nó không ảnh hưởng gì đến phẫu thuật. Nó không cần phải điều trị .



ECG111 : một người đàn ông 50t nhập viện cấp cứu với tình trạng đau ngực, ông ta không cảm nhận thấy nhịp tim của mình nhanh. Ông ta đã từng xuất hiện đau ngực do thiếu máu cơ tim, nhưng nó không liên quan với gắng sức. không lâu sau khi điện tim này được ghi thì nhịp tim của ông ta đột ngột chậm lại và sau đó nó trở lại bình thường. Điện tim trên chỉ ra cái gì ? và bạn phải làm gì ?

Trả lời

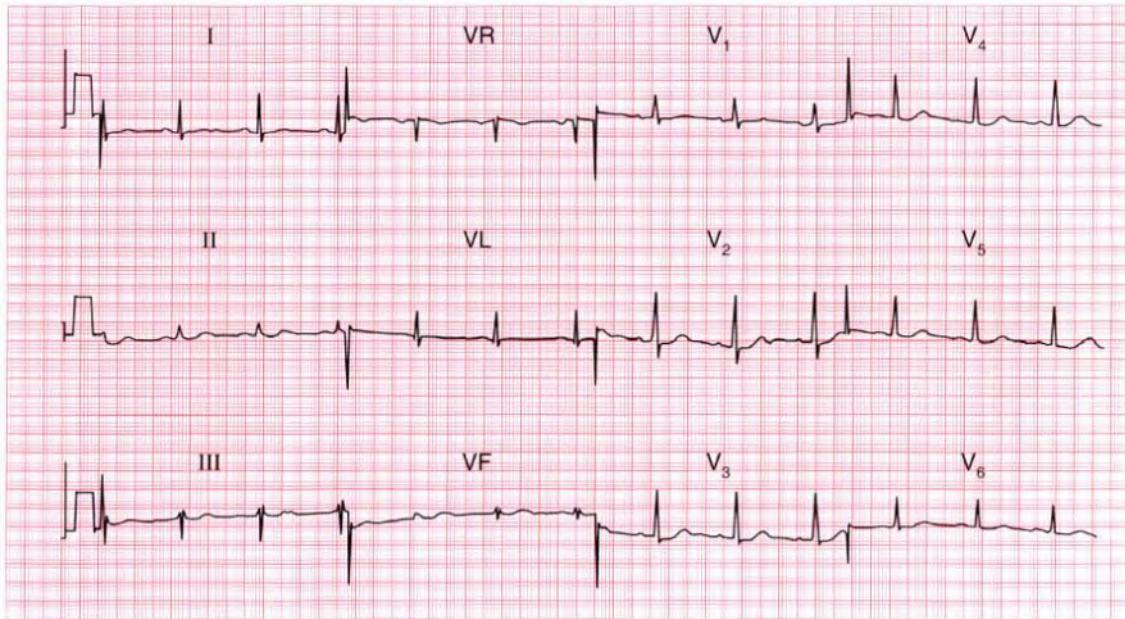
- Nhịp nhanh phức bộ hép tần số khoảng 200ck/p
- Không thấy sóng P
- Trục bình thường
- QRS bình thường
- Đoạn ST chênh xuống dạng đi ngang , rõ ràng nhất ở V4

Điều giải lâm sàng

Nhịp nhanh phức bộ hép không có sóng P – nhịp nhanh vào lại nhĩ thất (bộ nối). ST thiếu máu chênh xuống giải thích cho cái đau ngực của ông ta.

Bạn làm gì ?

Không phải tất cả bệnh nhân nhịp nhanh kịch phát đều than phiền về hồi hộp trống ngực, ở bệnh nhân này đau ngực tái phát có thể là do rối loạn nhịp này. Ông ta cần phải được dạy các phương pháp kích thích thần kinh phế vị, nhưng liệu pháp dùng thuốc dự phòng sẽ là cần thiết : beta bloc hoặc verapamil nên cố gắng cho trước. Một thăm dò điện sinh lý để cắt bỏ đường bất thường có thể là cần thiết.



ECG112 : một bệnh nhân nam 40t điều trị ngoại trú có tiền sử gợi ý một cái nhồi máu cơ tim cách đây 3 tuần trước. Khi kiểm tra thi không thấy bất thường và đây là điện tim của ông ta. Có 2 khả năng giải thích cho sự bất thường được chỉ ra ở đây, mặc dù chỉ có duy nhất một điều giải thích cho tiền sử của ông ta. Chẩn đoán ở đây có thể là gì ?

Trả lời

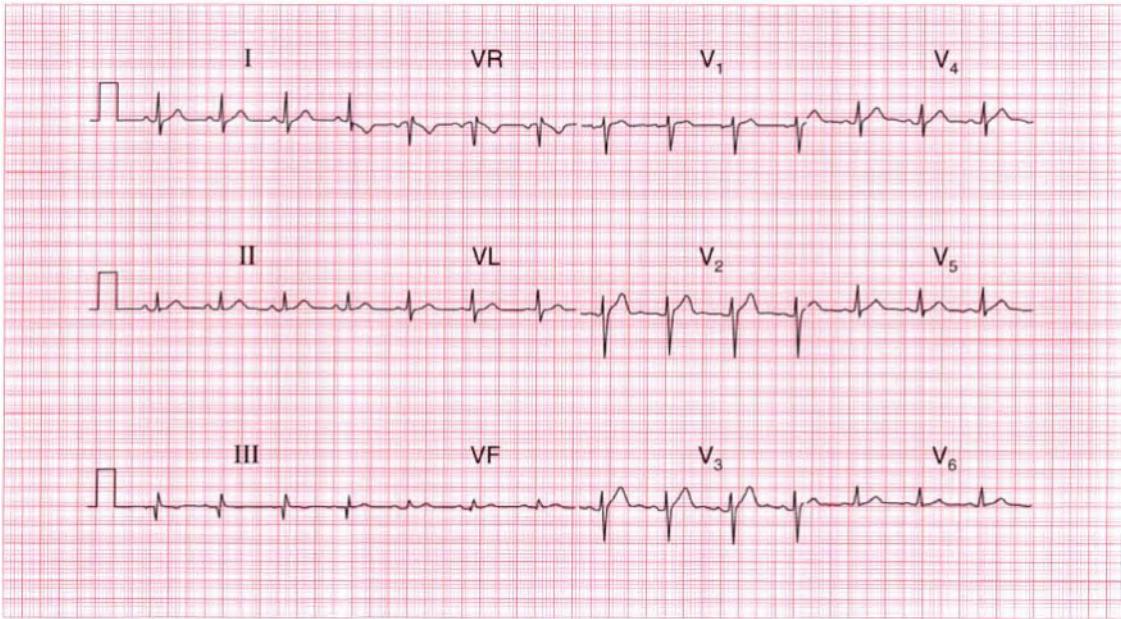
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Sóng R trội ở V1
- Sóng T hơi dẹt ở DI,AVL

Điễn giải lâm sàng

Sóng R chiếm ưu thế ở đạo trình V1 chỉ ra có thể phì đại thất phải, nhưng không còn đặc điểm nào khác liên quan với nó ví dụ như trục lệch phải, sóng T đảo ngược ở V1,V2 và có thể IaVF3. Do đó sự thay đổi này có thể là do nhồi máu cơ tim, mà nó cũng phù hợp với tiền sử đau ngực 3 tuần trước.

Bạn làm gì ?

Điều quan trọng là không được quên chẩn đoán một thuỷt tắc phổi. Bệnh nhân nên được xem xét kỹ để đảm bảo rằng không có bằng chứng lâm sàng của phì đại thất phải. Chụp XQ ngực tư thế nghiêng và siêu âm tim có thể giúp ích cho chẩn đoán.



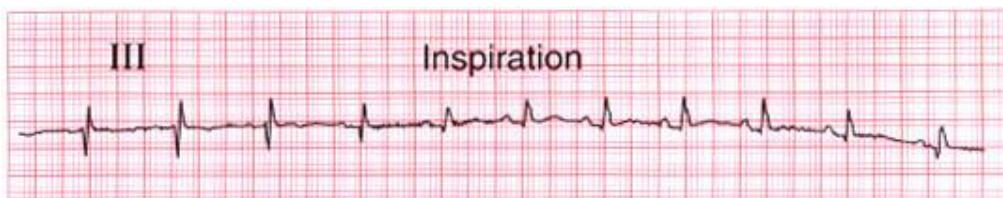
ECG 113 : ECG ghi từ một người đàn ông 60t không có triệu chứng gì, ông ta muốn có một bằng lái máy bay. Làm thế nào để bạn thuyết phục các nhà chức trách cấp bằng lái cho ông ta.

Trả lời

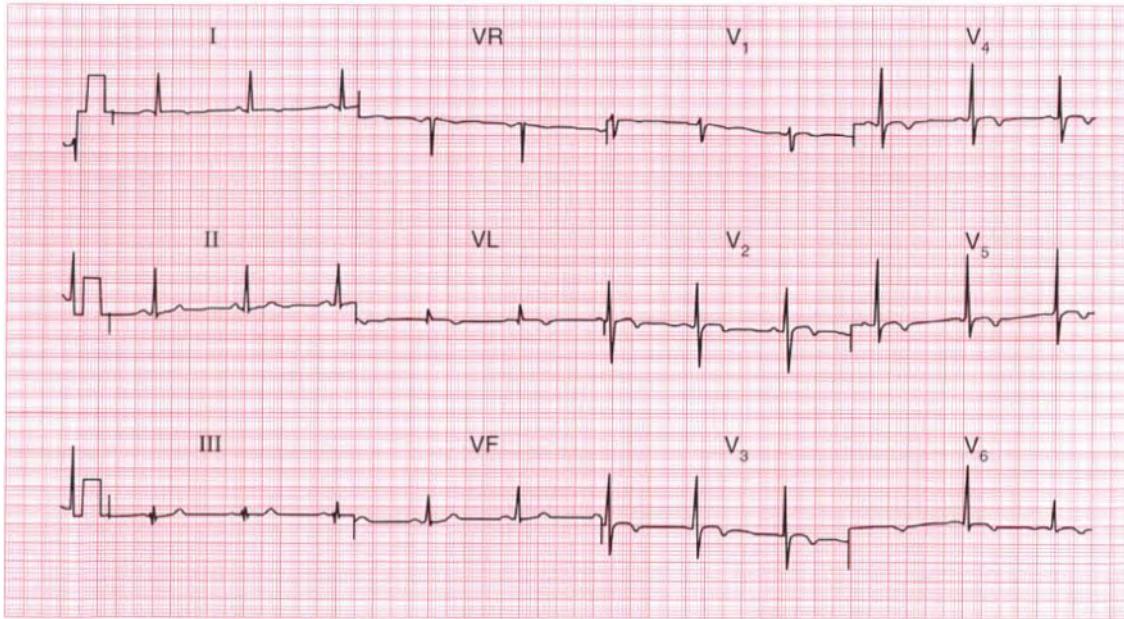
- Nhịp xoang
- Dẫn truyền bình thường
- Trục bình thường
- Q ở DIII nhưng không có ở AVF
- T đảo ngược ở DIII nhưng không có ở AVF

Điển giải lâm sàng

Một sóng Q và sóng T đảo ngược ở DIII nhưng không có ở AVF là một biến thể bình thường. Nếu DIII ghi khi bệnh nhân hít sâu vào nó sẽ thay đổi về bình thường.



DIII thay đổi về bình thường khi bệnh nhân hít sâu vào.



ECG 114 : điện tim ghi từ một người phụ nữ da đen phàn nàn về đau ngực vài năm nay, và hiện tại bà ta nhập viện với cái đau ngực điển hình của thiếu máu cơ tim. Bạn sẽ làm thế nào để quản lý bệnh bà ta .

Trả lời

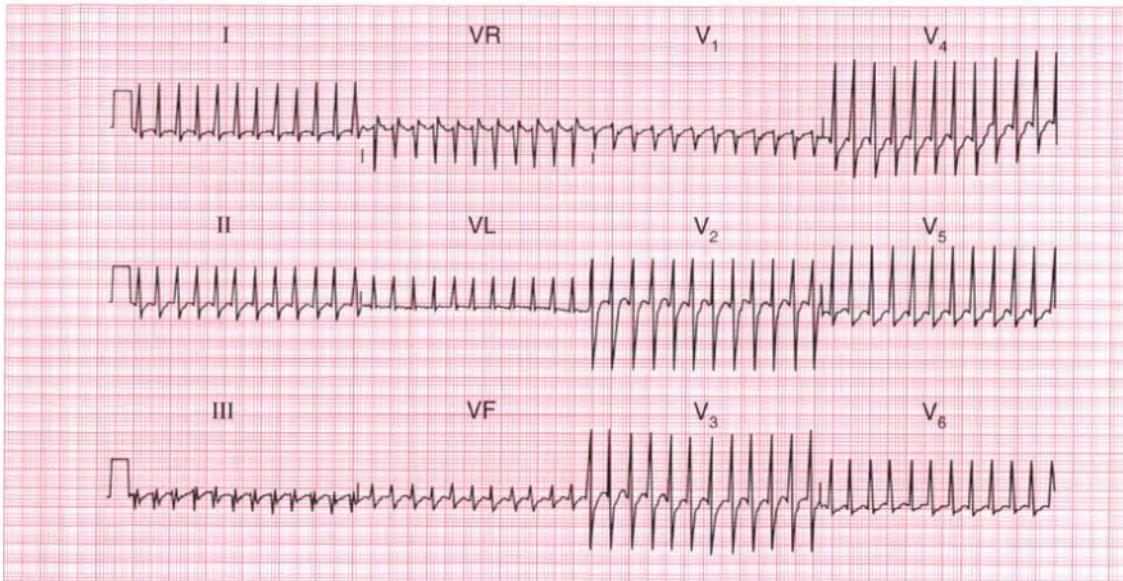
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- QRS bình thường
- T đảo ngược ở DI,AVL,V2-V6

Điễn giải lâm sàng

Với tiền sử như trên thì một nhồi máu không sóng Q thành trước bên là chẩn đoán cần đưa ra đầu tiên, nhưng sóng T bất thường cũng thường gặp ở người da đen, và ECG này có thể là bình thường.

Bạn làm gì ?

ở bệnh nhân này nhồi máu cơ tim được loại trừ khi các men tim trong giới hạn bình thường. Test gắng sức đã được thực hiện nhưng nó bị hạn chế bởi sự khó thở tăng lên mà không có sự thay đổi điện tim . Chụp mạch vành thì hoàn toàn bình thường .



ECG115 : một người đàn ông 50t phàn nàn vì sự xuất hiện những cơn chóng mặt và hồi hộp trống ngực vài năm nay, ông ta bị ngất khi đang làm việc và được đưa vào khoa cấp cứu. Ông ta lạnh vã mồ hôi. Tim của ông ta rất nhanh và huyết áp thì không đo được. Có dấu hiệu của suy thất trái. Đây là điện tim của ông ta. Nó chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

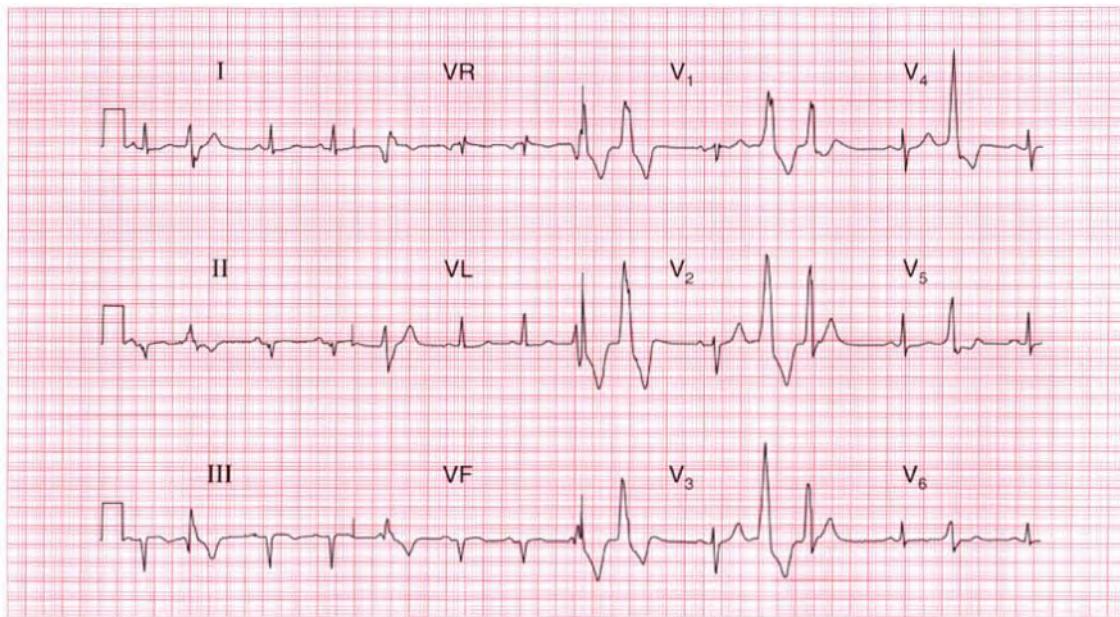
- Nhịp nhanh với phức bộ hép tần số 300ck/p
- Không xác định rõ sóng P
- QRS bình thường
- ST chênh xuống đi ngang ở V5

Điển giải lâm sàng

Nhịp nhanh phức bộ hép tần số 300ck/p khả năng đặc trưng cho một cuồng nhĩ với dẫn truyền 1 :1.

Bạn làm gì ?

Truy mạch ở đây là do nhịp tim quá nhanh, làm mất làm đầy máu thì tâm trương. Xoa xoang cảnh có thể tạm thời làm tăng mức độ bloc và nó cũng có thêm cho chẩn đoán , nhưng nó không chắc chắn chuyển được cuồng nhĩ về nhịp xoang. Adenosin tĩnh mạch cũng có tác dụng tương tự. Khi bệnh nhân mà có huyết động không ổn định gây nên do cơn nhịp nhanh thì chỉ định điều trị ngay lập tức là sốc điện.



ECG116 : một người đàn ông 70t, ông ta có cái đau thắt ngực vài năm nay, bắt đầu phàn nàn về xuất hiện những cơn chóng mặt. Đây là điện tim của ông ta. Nó chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

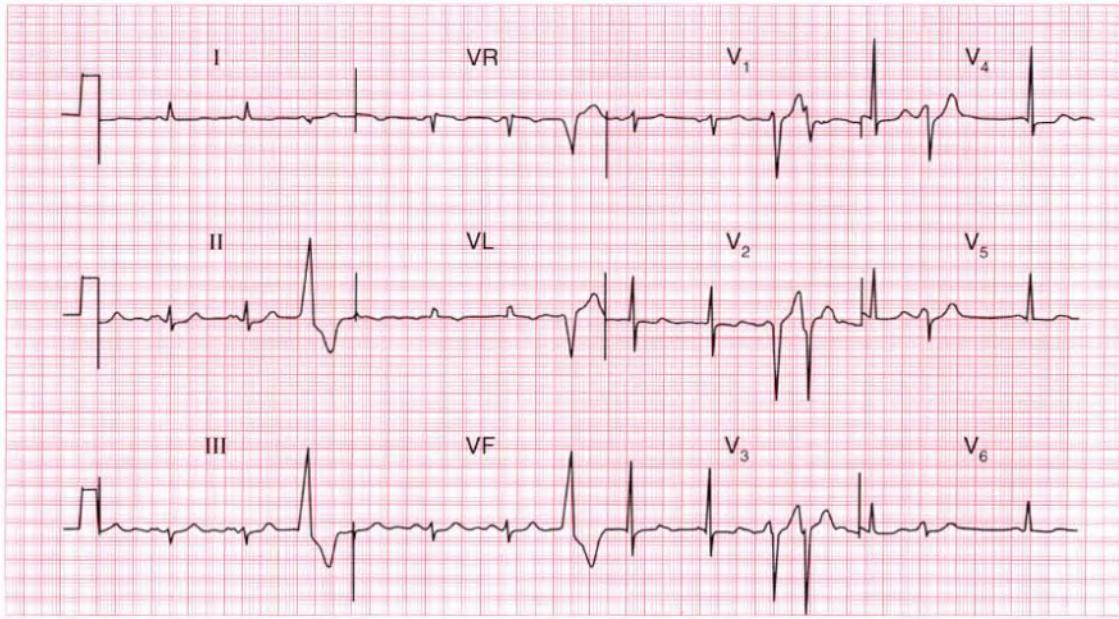
- Nhịp xoang, thường xuyên xuất hiện các ngoại tâm thu thất đa ổ
- Khoảng PR bình thường
- Trục bình thường
- Sóng Q ở DII,DIII,AVF
- Sóng T dẹt hoặc đảo ngược ở DII,DIII,V5-V6

Điễn giải lâm sàng

ECG chỉ ra một cái nhồi máu cũ thành sau dưới mà nó là nguyên nhân giải thích cho cái đau thắt ngực của ông ta. Ngoại tâm thu thất bản thân nó không quan trọng, nhưng ở bệnh nhân phàn nàn về sự xuất hiện những cơn chóng mặt thì ngoại tâm thu thất thường xuyên và đa ổ có thể là nguyên nhân gây suy giảm huyết động.

Bạn làm gì ?

Sẽ có ích khi ghi điện tim đồ lưu động để xem nếu bệnh nhân có xuất hiện những đoạn nhịp nhanh thất thì ngoại tâm thu này cần được điều trị. Sotalol sẽ là thuốc được cố gắng sử dụng đầu tiên, và sau đó là Amidaron .



ECG117 : ECG ghi từ một người phụ nữ 50t phàn nàn về khó thở và hồi hộp trống ngực. Bạn sẽ tìm thấy dấu hiệu cơ năng gì , theo dõi bà ta trong giai đoạn tiếp theo sẽ là gì ?

Trả lời

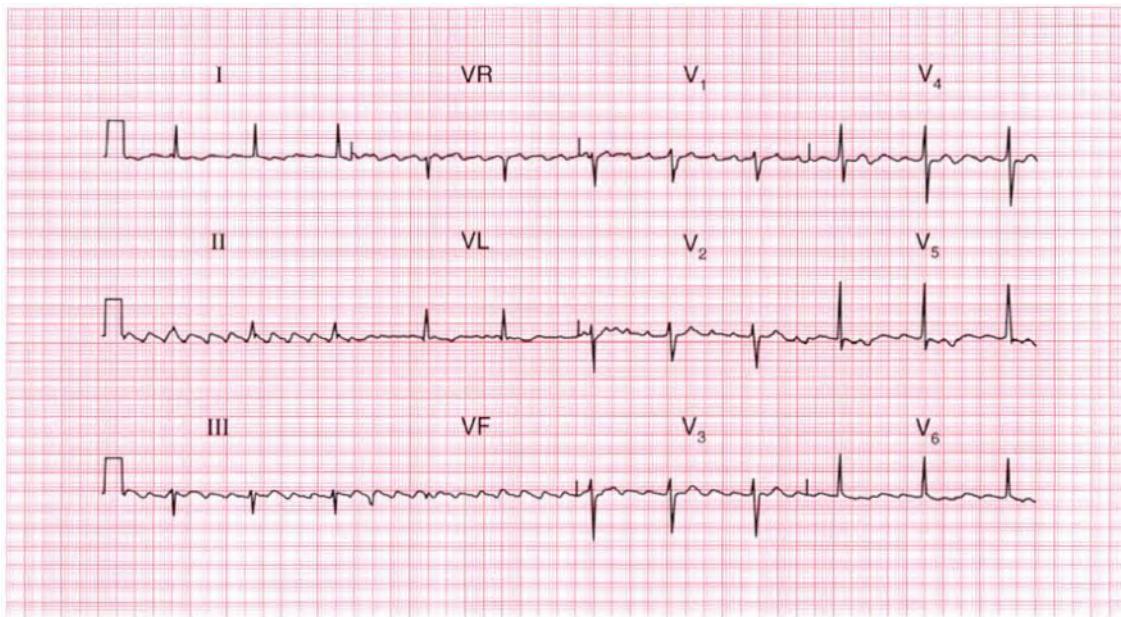
- Nhịp xoang với ngoại tâm thu thất
- Sóng p rộng 2 đỉnh nhìn rõ nhất ở DII,DIII,AVF
- Trục bình thường
- QRS bình thường
- T 2pha ở đạo trình V2,V3, T đảo ngược ở AVL

Điễn giải làm sàng

Sóng P giãn rộng gợi ý một phì đại nhĩ trái. Không có gì để gợi ý một phì đại thất trái ,vì vậy hẹp van 2 lá cần được xem xét. Ngoại tâm thu thất có thể giải thích về cái hồi hộp ngực, nhưng nếu bệnh nhân có hẹp van 2 lá bà ta có thể có những đoạn rung nhĩ. Nguyên nhân của sự thay đổi sóng T là không rõ ràng và có thể là thiếu máu cơ tim.

Bạn làm gì ?

Tìm kiếm tiếng rùng ở mỏm, tiếng T1 đanh mạnh và thổi tiền tâm thu là những đặc trưng của hẹp van 2 lá. Siêu âm tim có thể sẽ có ích và ghi điện tim đồ lưu động có thể cần thiết để xác định nguyên nhân của hồi hộp ngực. Nếu bà ta có bệnh lý van 2 lá và rung nhĩ thì điều trị cần cân nhắc đó là digoxin, kháng đông, phẫu thuật van 2 lá. Nếu khó thở ngày càng tăng lên là do suy giảm chức năng thất trái thì sử UCMC là cần thiết.



ECG118 : một người đàn ông 60t phàn nàn về sưng đau cổ chân khám và phát hiện thấy mạch đều, huyết áp 115/70mmhg, tim to và có dấu hiệu suy tim sung huyết. Đây là điện tim của ông ta, nó chỉ ra cái gì ? ông ta chưa từng điều trị gì, bạn sẽ làm thế nào để điều trị ông ta ?

Trả lời

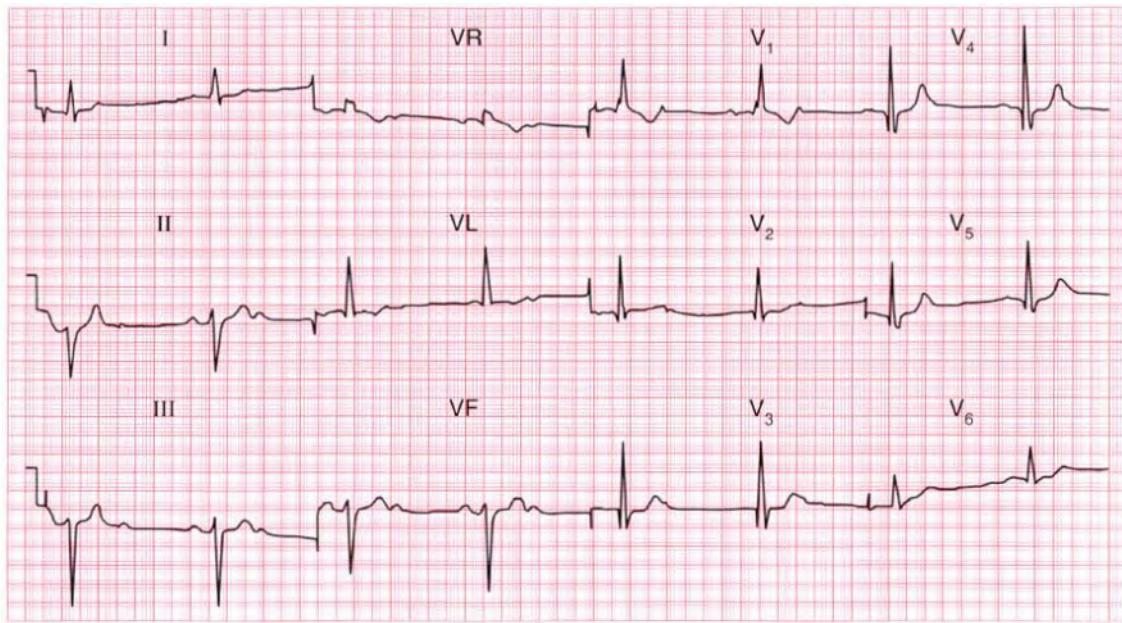
- Cuồng nhĩ với bloc 4 :1
- Trục bình thường
- QRS hẹp ở các đạo trình
- Sóng T khó xác định nhưng đảo ngược ở AVL

Điễn giải lâm sàng

Cuồng nhĩ với dẫn truyền 4 :1 ổn định nên giải thích tại sao trên lâm sàng nhịp tim đều .QRS hẹp ở các đạo trình là không đặc hiệu. Không có những dấu hiệu của nhồi máu trước đây hoặc của phì đại thất. Sóng T đảo ngược có thể là thiếu máu cục bộ ,nhưng cũng có thể là do bệnh cơ tim thể giän.

Điễn giải lâm sàng

Nếu ông ta có thất trái giän thì siêu âm sẽ cho ta thấy, nếu có rối loạn chức năng thất trái toàn bộ hoặc nếu một phần thất trái còn co bóp tốt , các phần khác thì không, nó sẽ gợi ý một thiếu máu cục bộ . Cuồng nhĩ là rối loạn nhịp khó điều trị : nếu tim đã to thì rất khó để hồi phục lại nhịp xoang kể cả dùng thuốc hay sốc điện, và nếu mức độ bloc ổn định (như hiện tại) thi tốt nhất nên duy trì nó. Digoxin nên sử dụng thận trọng trong trường hợp này nó có thể làm tăng mức độ bloc hoặc nhịp chậm. Suy tim nên được điều trị với UCMC và lợi tiểu. Bệnh nhân này bị bệnh cơ tim thể giän do rượu .



ECG 119 : một người đàn ông 70t đến bộ phận khám bệnh nhân ngoại trú vì xuất hiện những cơn chóng mặt . Điện tim ông ta có gì bất thường và cần phải điều trị gì ?

Trả lời

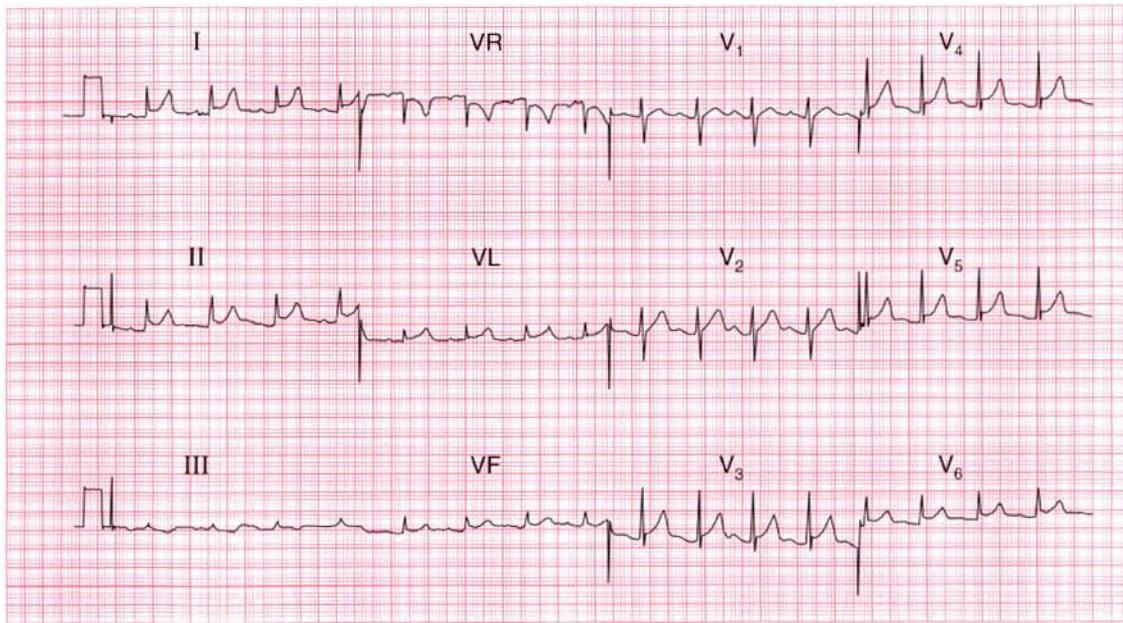
- Nhịp xoang
- Bloc độ II (2 :1)
- Trục trái
- Bloc nhánh phải

Điễn giải lâm sàng

Trục hướng trái là kết quả của bloc phân nhánh trái trước. Vì bloc nhánh phải hiện tại đang hiện diện nên dẫn truyền nội thất phụ thuộc vào phân nhánh trái sau. Sự hiện diện bloc độ II gợi ý có sự tổn thương dẫn truyền ở các nhánh hoặc có thể tổn thương ở bó his.

Bạn làm gì ?

Sự xuất hiện những cơn chóng mặt có thể là do nhịp tim chậm đã được thể hiện ở điện tim này hoặc cũng có thể là sự xuất hiện của những đoạn bloc hoàn toàn với nhịp tim còn chậm hơn và gây nên những cơn stocks-Adam. Tạo nhịp vĩnh viễn là cần thiết và từ bộ phận điều trị ngoại trú bệnh nhân này cần được nhập viện .



ECG120 : ECG ghi từ một người đàn ông 30t nhập viện với tình trạng đau ngực mức độ nặng . Anh ta nghiện thuốc nặng và gia đình có tiền sử xấu về bệnh tim thiếu máu cục bộ . Kiểm tra các dấu hiệu cơ năng thì không có gì bất thường. Bạn nghĩ vấn đề gì đang diễn ra ?

Trả lời

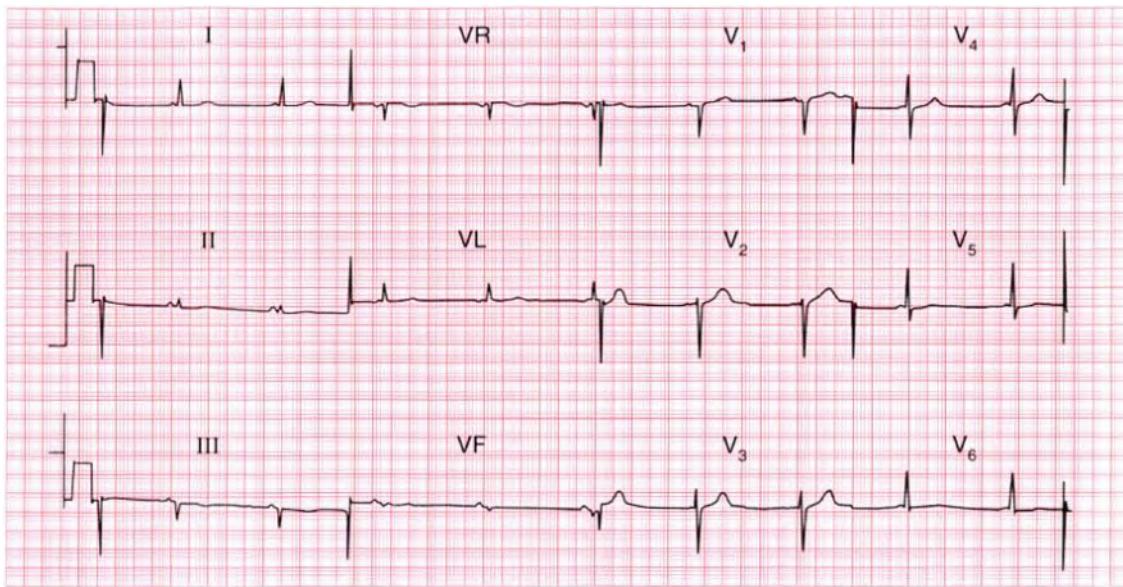
- Nhịp xoang 100ck/p
- Dẫn truyền bình thường
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Đoạn ST chênh lên ở DI,DII,AVL,V3-V6
- ST chênh lên ngay sau sóng S (high take off) V3-V5
- T đảo ngược ở DIII

Điều giải lâm sàng

Ở bệnh nhân đau ngực với nhiều yếu tố nguy cơ của nhồi máu cơ tim, một nhồi máu là khả năng cần chẩn đoán đầu tiên . Đoạn ST chênh lên trên ECG này có thể cung cấp thêm cho chẩn đoán. Tuy nhiên bệnh nhân này quá trẻ cho nhồi máu. ST chênh lên ngay sau sóng S V3-V5 là một biến thể bình thường. Đoạn ST chênh lên cũng có thể do viêm màng ngoài tim.

Bạn làm gì ?

Bệnh nhân này cần được khám ở tư thế nằm thẳng vì ở tư thế này ta có thể nghe rõ nhất tiếng cọ màng tim – và đấy là những gì có thể tìm thấy ở đây. Viêm màng ngoài tim là có thể, tuy nhiên cũng có thể do nhồi máu, nhưng khi ghi điện tim đột lặp đi lặp lại nhiều lần thì không thấy sự phát triển dạng nhồi máu cơ tim và đoạn ST vẫn còn chênh lên kéo dài trong vài ngày . Chẩn đoán viêm màng ngoài tim do virus cuối cùng đã được đưa ra.



ECG121 : một sinh viên 18t phàn nàn về thỉnh thoảng xuất hiện những cơn hồi hộp trống ngực. Nó bắt đầu một cách đột ngột mà không có dấu hiệu báo trước. Nhịp tim có vẻ đều và quá nhanh để đếm. Trong cơn cô ta không cảm thấy chóng mặt hoặc khó thở và cơn hồi hộp cũng kết thúc đột ngột sau vài phút. Kiểm các dấu hiệu thực thể thì không có gì bất thường. Đây là điện tim của cô ta . Chẩn đoán của nó là gì ? và bạn sẽ đưa ra lời khuyên gì ?

Trả lời

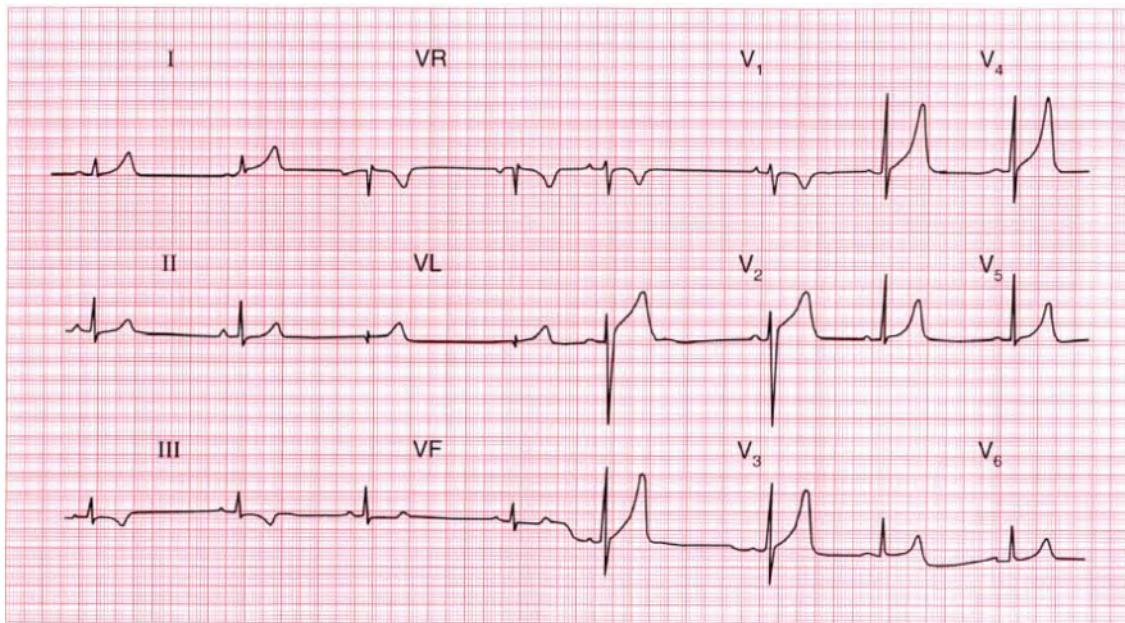
- Nhịp xoang
- Khoảng PR rất ngắn
- Trục bình thường
- QRS và sóng T bình thường

Điều giải lâm sàng

Đây là hội chứng L-G-L. Không giống như hội chứng W-P-W , là đường phụ tách biệt từ nút nhĩ thất và bó His, trong hội chứng L-G-L đường phụ gần nút nhĩ thất nối tâm nhĩ trái và bó His. Trong hội chứng W-P-W phức bộ QRS có một sóng delta đến sớm , nhưng ở hội chứng L-G-L thì QRS bình thường.

Bạn làm gì ?

ECG lưu động sẽ xác định được chẩn đoán nếu cơn xuất hiện thường xuyên . Cơn xuất hiện không thường xuyên và thời gian cơn ngắn vì vậy mà bệnh nhân không có gì nguy hiểm, nhưng cô ta cũng cần phải được dậy các phương pháp cường phế vị như nghiệm pháp Valsava hay xoa xoa động mạch cảnh. Một thăm dò điện sinh lý để cắt bỏ các đường phụ có thể là cần thiết .



ECG122 : điện tâm đồ ghi từ một người đàn ông 37t nhập viện để phẫu thuật chỉnh hình. Bác sĩ gây mê cần bạn cho ý kiến.

Trả lời

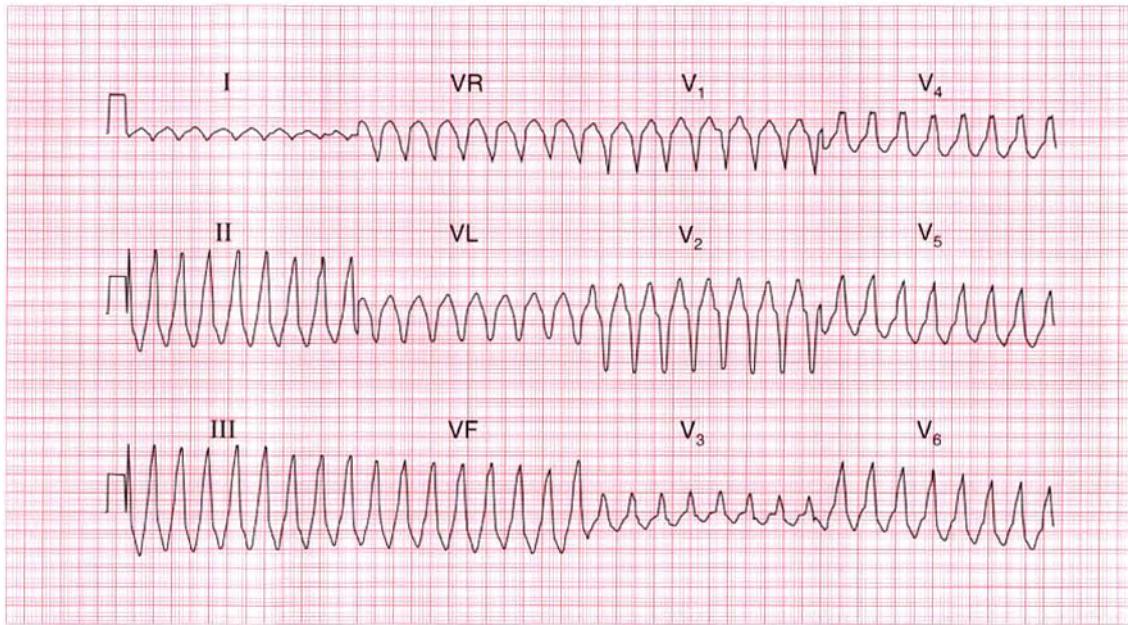
- Nhịp xoang 45 c/k/p
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Sóng T đảo ngược ở đạo trình DIII và ST chênh xuống ở AVF
- T cao ở các đạo trình thành trước

Điều giải lâm sàng

Bệnh nhân không sử dụng thuốc chẹn beta, nhịp tim chậm khả năng phản ánh thể chất của anh ta. Sóng T đảo ngược ở DIII, đoạn ST chênh dốc xuống ở AVF là bình thường. Sóng T cao là đặc trưng của tăng kali máu, và đôi khi là tình trạng thiếu máu. Tuy nhiên khi bệnh nhân không có triệu chứng gì thì sóng T cao gần như hoàn toàn bình thường.

Bạn làm gì ?

Đảm bảo rằng bệnh nhân không có triệu chứng tim mạch và kiểm tra điện giải anh ta trước phẫu thuật.



ECG123 : một người đàn ông 30t xuất hiện những cơn hồi hộp trống ngực vài năm nay, trong thời gian cơn xuất hiện và điện tim đã được ghi. Anh ta thấy khó thở và huyết áp không đo được . Điện tim chỉ ra cái gì và sẽ điều trị như thế nào ?

Trả lời

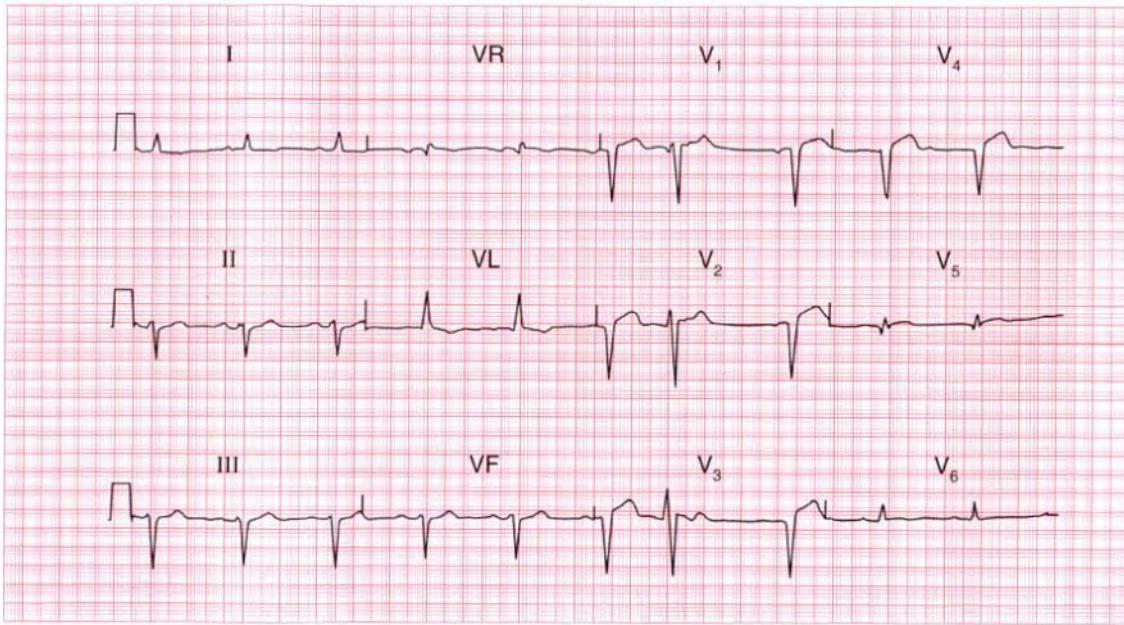
- Nhịp nhanh phức bộ giãn rộng tần số 200ck/p
- Không thấy sóng P
- Trục phải
- Thời gian QRS 200ms
- Không có sự phù hợp các phức bộ QRS, có dạng bloc nhánh trái.

Điễn giải lâm sàng

Nhịp nhanh với phức bộ giãn rộng thì khả năng nó bắt nguồn từ thất , nhưng ở đây có những đặc điểm chống lại nhịp bắt nguồn từ thất đó là trực phải và thiếu sự phù hợp của các phức bộ QRS (các phức bộ QRS ở V1,V2 hướng xuống dưới, và các đạo trình trước ngực khác thì hướng lên trên). Tuy nhiên, sự kết hợp giữa trực phải và dạng bloc nhánh trái ở các phức bộ giãn rộng nhịp nhanh gợi ý rằng sự bắt nguồn của nó là ở đường ra thất phải.

Bạn làm gì ?

Những bệnh nhân rối loạn nhịp và có dấu hiệu của rối loạn huyết động (ở trong trường hợp này là khó thở và huyết áp rất thấp) cần sốc điện chuyển nhịp ngay lập tức. Trong khi đang chuẩn bị để thực hiện sốc , thi sẽ là hợp lý khi ta sử dụng lignocain hoặc cordarone đường tĩnh mạch. Một khi rối loạn nhịp đã được điều chỉnh thì một thăm dò điện sinh lý là cần thiết , mà nhịp nhanh đường ra thất phải là một dạng của nhịp nhanh thất nên nó cần điều trị bằng phương pháp đốt bỏ .



ECG124 : điện tim ghi từ một người đàn ông 70t bị suy tim. Ông ta không phàn nàn về đau ngực . Có 3 bất thường chính ở đây, phải điều trị ông ta như thế nào ?

Trả lời

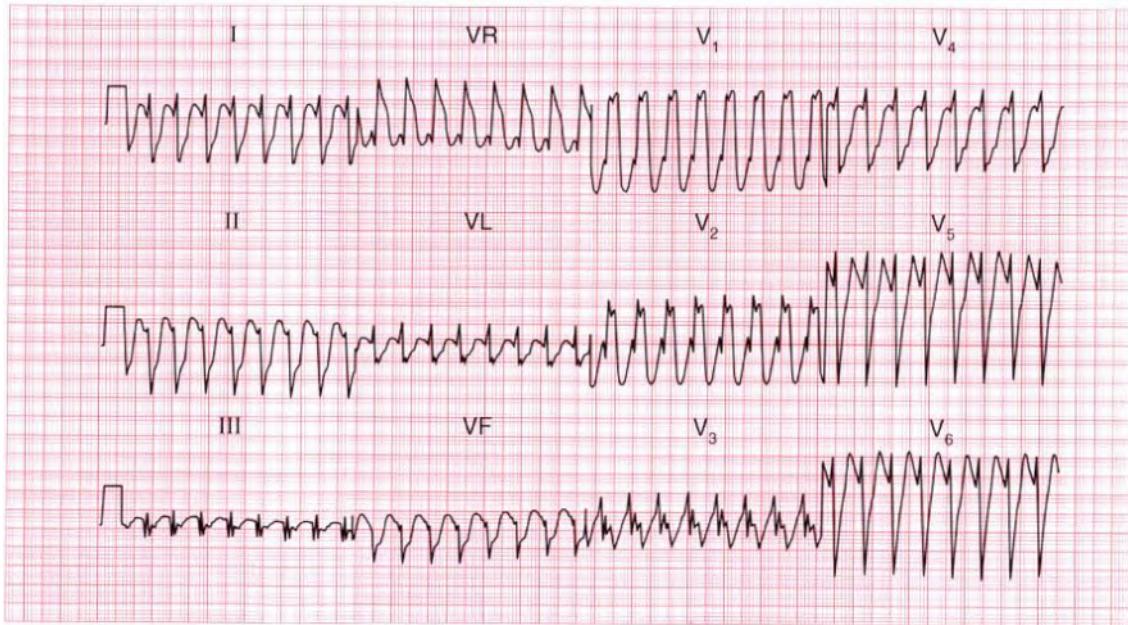
- Nhịp xoang với một ngoại tâm thu thất
- Trục hướng trái
- QRS hơi rộng
- Q từ V2-V5
- Đoạn ST chênh lên ở các đạo trình thành trước
- Sóng T đảo ngược ở đạo trình AVL, T dẹt ở DI,V6

Điễn giải lâm sàng

Một nhồi máu thành trước không rõ thời gian là nguyên nhân gây nhồi máu bloc phân nhánh trái trước, điều này nó giải thích trục lệch trái và phức bộ QRS giãn rộng. Sóng T thay đổi ở các đạo trình thành bên có thể là kết quả của thiếu máu cơ tim .

Bạn làm gì ?

Ngoại tâm thu thất không cần điều trị và trục lệch trái không có chỉ định cho tạo nhịp.Trong trường hợp không bị đau ngực , nhồi máu thành trước không được xem là mới , vì vậy không được dùng tiêu sợi huyết. Ông ta cần được dùng ACE và lợi tiểu.



ECG125 : một người đàn bà 35 có những cơn hồi hộp trống ngực một vài năm nay mà không có bất kỳ chẩn đoán nào được đưa ra, gần đây cô đã vào bộ phận cấp cứu khi cơn xuất hiện. Cô ta có vẻ bình thường và không có dấu hiệu của suy tim, và huyết áp của cô ta là 120/70mmhg. Đây là điện tim của cô ta. Nó là rối loạn nhịp gì ? và bạn sẽ làm gì ?

Trả lời

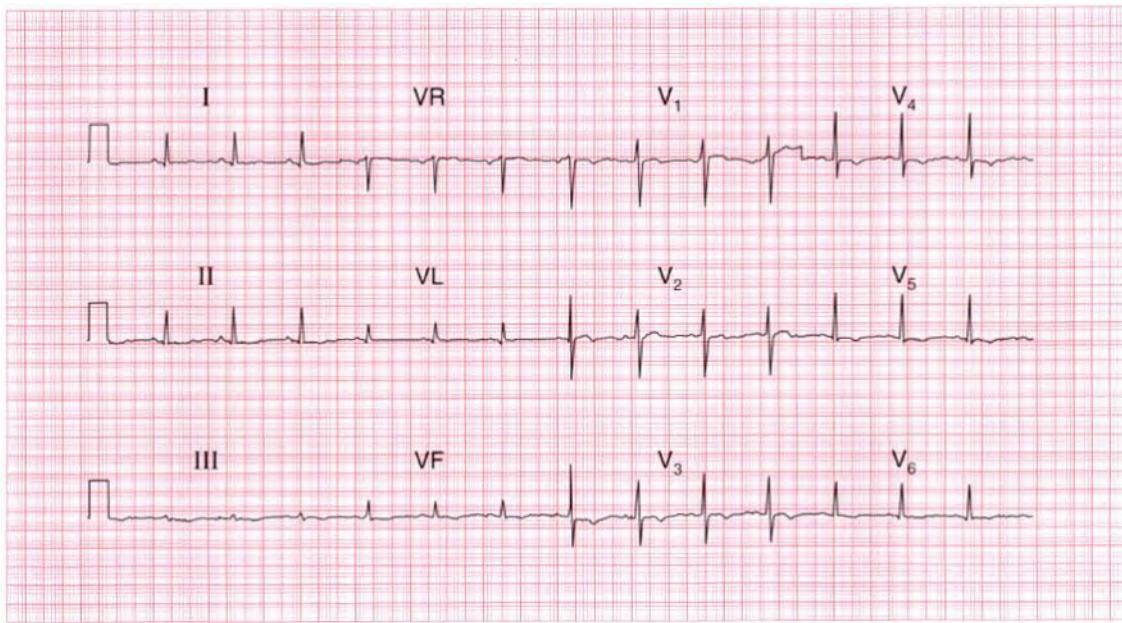
- Nhịp nhanh với phức bộ QRS giãn rộng (QRS>120ms), nhịp gần 200ck/p
- Sóng P không nhìn thấy
- Trục phải
- Dạng bloc nhánh phải
- Ở V1 , R1 có đỉnh thấp hơn R2

Điều giải lâm sàng

Vấn đề ở đây là phân biệt nhịp nhanh trên thất với bloc nhánh và nhịp nhanh thất. Tiền sử lâm sàng không giúp ích được gì nhiều ,ngoài huyết động bệnh nhân ổn định . Kết hợp trực lệch phải , bloc nhánh phải và sóng R1 thấp hơn R2 ở V1 làm cho nó giống nhịp nhanh trên thất với block nhánh hơn là nhịp nhanh thất. Tuy nhiên QRS giãn rất rộng (> 140ms) lại ủng hộ nhiều cho rối loạn nhịp bắt nguồn từ thất.

Bạn làm gì ?

Xoa xoang cảnh. Nếu nó không có hiệu quả thì dùng adenosin tĩnh mạch, và những cái nayfkoong hiệu quả thì dùng lignocain tĩnh mạch.



ECG126 : điện tim đồ được ghi như một phần các xét nghiệm thường quy của một người đàn ông 40t nhập viện sau một cơ co giật. Ông ta bất tỉnh , cứng gáy , dấu hiệu babinski dương tính. Khám lâm sàng tim ông ta hoàn toàn bình thường. Theo bạn chuyện gì đã xảy ra ?

Trả lời

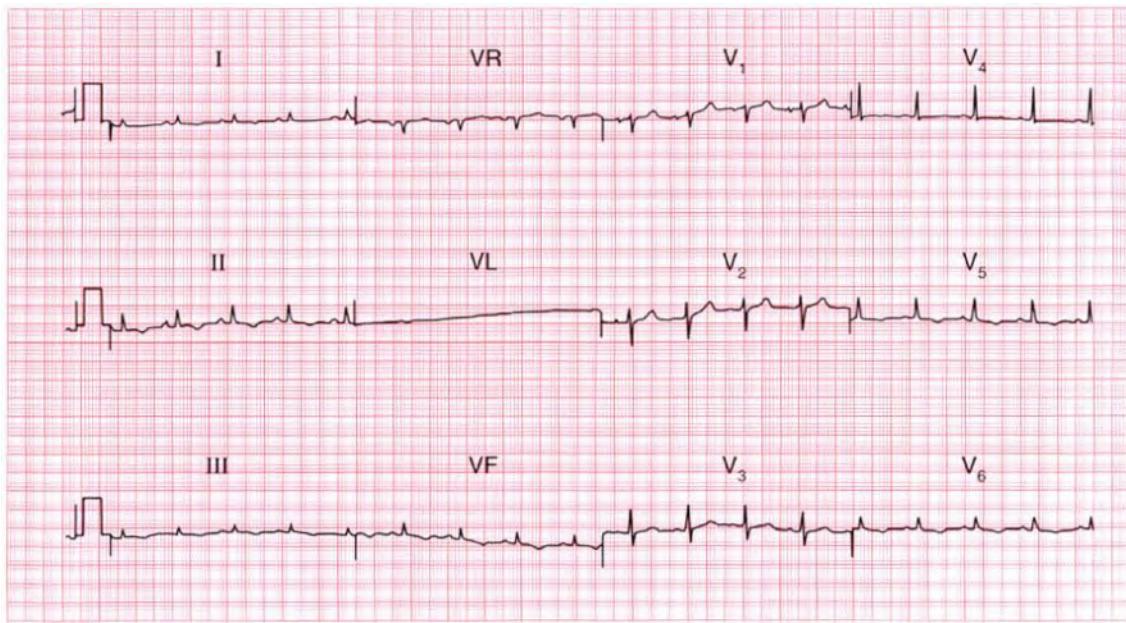
- Nhịp xoang 80ck/p
- Khoảng PR và thời gian QRS bình thường
- Trục bình thường
- QRS bình thường
- ST chênh xuống ở DII
- T đảo ngược ở DIII,AVF, V4-V6

Điễn giải lâm sàng

Những gì xuất hiện ở đây gợi ý một nhồi máu cơ tim không sóng Q ở thành trước nhưng điều này không tương ứng với bệnh cảnh lâm sàng.

Bạn làm gì ?

Bệnh nhân này có thể đã có nhồi máu cơ tim mà gây ra tai biến mạch máu não vì những rối loạn nhịp , hoặc vì một thuyên tắc não, và các tai biến mạch máu não gây ra cơn co giật . Các triệu chứng bất tỉnh, babinski dương tính chỉ có thể xảy ra sau đột quỵ. Tuy nhiên những điều này lại không giải thích được cứng gáy, điều này thường như chỉ ở xuất huyết dưới nhện hoặc viêm màng não. Thay đổi điện tâm đồ như thế này thường như phổ biến ở xuất huyết dưới nhện, có thể do co thắt mạch vành do sự giải phóng các catecholamin. Định lượng troponin trong máu không giúp được nhiều trong chẩn đoán phân biệt do tim là chủ yếu hay do thần kinh là chủ yếu. Bệnh nhân này thực sự đã có xuất huyết dưới nhện , và ECG cuối cùng đã trở lại bình thường.



ECG127 : một người đàn ông 70t bị ung thư phổi vào nhập viện với triệu chứng đau vùng bụng và sưng vùng cổ chân. Ông ta có tĩnh mạch cổ nổi , gan to và mềm, phù ngoại vi. Điện tim này giúp được gì cho chẩn đoán và bạn sẽ phải làm gì ?

Trả lời

- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS chiều rộng bình thường nhưng thấp hơn bình thường
- T đảo ngược ở DI,DII,DIII,AVF,V5-V6

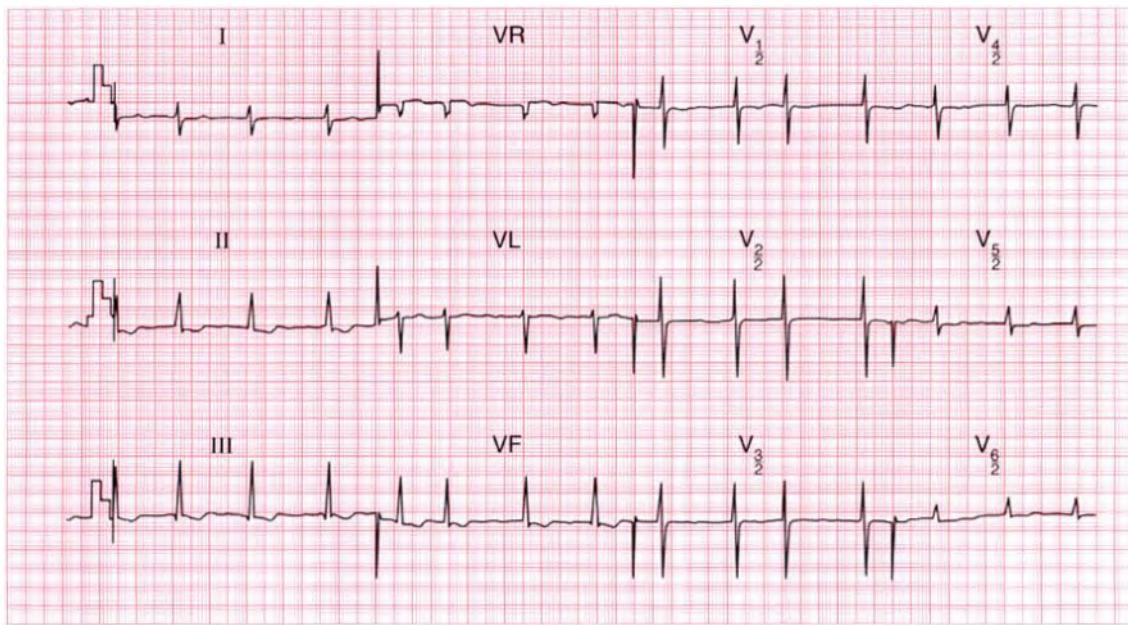
Điễn giải lâm sàng

QRS thấp thường nhìn thấy ở tràn dịch màng ngoài tim đôi khi ở bệnh nhân bị bệnh phổi mạn tính. Sự thay đổi sóng T ở nhiều đạo trình có lẽ phù hợp với bệnh lý màng ngoài tim. Không có gì ghi được ở đây gợi ý bệnh lý phổi.

Bạn làm gì ?

Các dấu hiệu lâm sàng và điện tim có vẻ phù hợp tràn dịch màng ngoài tim do bệnh lý ác tính . Bạn cần xem xét cẩn thận áp lực tĩnh mạch cảnh để xem nó có tăng lên trong thi hít vào không, nếu có thì đã có chèn màng ngoài tim. Siêu âm tim là cần thiết và nếu có dấu hiệu xẹp xuống của thất phải trong thi tâm trương thì một dẫn lưu màng ngoài tim nên được đặt vào .

Bệnh nhân này đã có tràn dịch màng ngoài tim do bệnh lý ác tính .



ECG128 : điện tim ghi từ một người đàn bà 65t đã được điều trị thay van 2 lá do bệnh lý van tim do thấp, bà ta nhập viện với tình trạng ý thức lơ mơ, buồn nôn và nôn. Điện tim đồ chỉ ra cái gì và bạn phải làm gì ? Thật không may là phòng xét nghiệm sinh hóa đã bị cháy đêm qua !

Trả lời (chú ý là các đạo trình trước ngực tets ½)

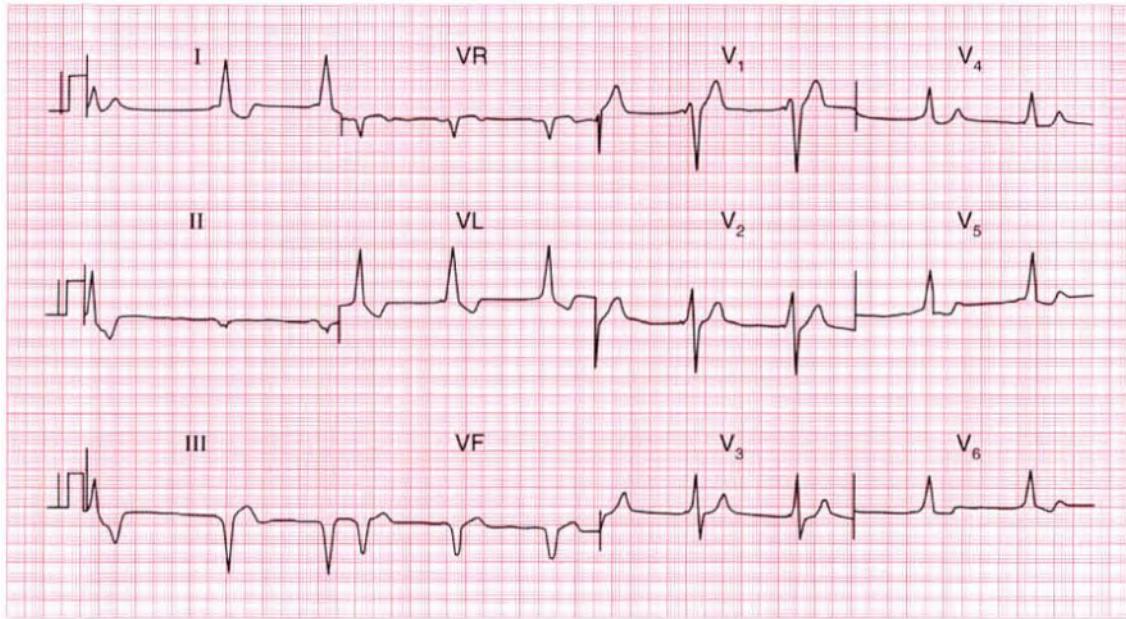
- Rung nhĩ
- Trục lệch phải
- Phức bộ QRS bình thường, ngoại trừ sóng R cao ở V1
- Sóng T dẹt ở các đạo trình
- Sóng U nhìn rõ ở V4-V5
- ST chênh xuống dạng đิ chêch xuống DII,DIII,AVF

Điễn giải lâm sàng

Rung nhĩ, trục lệch phải và sóng R cao ở V1 (chỉ ra phì đại thất phải) có thể có trước khi thay van. Sóng T dẹt , sóng U nổi rõ gợi ý hạ kali máu. Đoạn ST chênh xuống dạng chêch xuống gợi ý do digoxin.

Bạn làm gì ?

Bệnh cảnh lâm sàng phù hợp với một hạ kali máu và ngộ độc digoxin. Vì nồng độ kali và digoxin trong máu không đo được nên cần dừng lại việc dùng digoxin và lợi tiểu gây mất kali. Cần cho bà ta dùng kali theo đường uống. Theo dõi sóng T và sóngU trên monitor là cách đơn giản và hiệu quả trong việc đánh giá nồng độ kali máu.



ECG129 :một bệnh nhân 20t đến bộ phận cấp cứu vì một chấn thương vùng đầu , có tiền sử không rõ ràng về trụy mạch. ECG chỉ ra cái gì ?

Trả lời

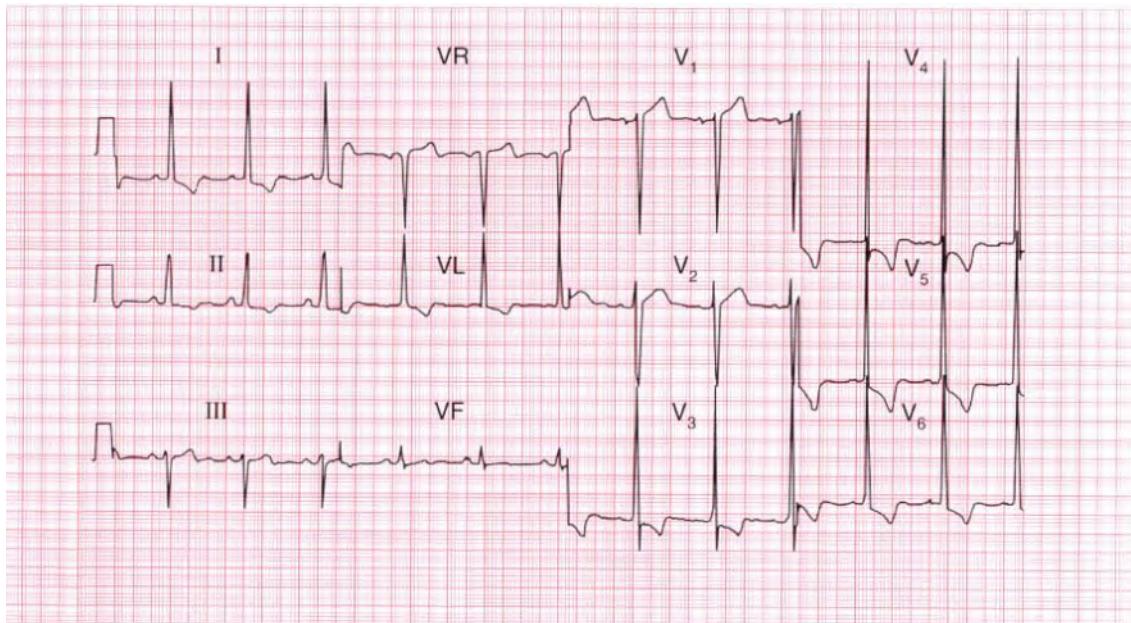
- Nhịp xoang
- Khoảng PR ngắn
- Trục hướng trái
- QRS giãn rộng với sóng delta nhìn rõ nhất ở V2-V4
- Sóng T đảo ngược ở DI,AVL,V6

Điều giải lâm sàng

Khoảng PR ngắn , sóng delta là đặc trưng của hội chứng W-P-W. Nhìn thoáng qua ở đạo trình DI,AVL,V6 ta có thể nhầm lẫn đây là một gợi ý của bloc nhánh trái, nhưng vấn đề quan trọng ở đây là ta phải nhìn ở tất cả các đạo trình và chẩn đoán ở đây rõ nhất ở đạo trình V2.

Bạn làm gì ?

Hội chứng W-P-W là có liên quan với một rối loạn nhịp nhanh kịch phát mà nó có thể là nguyên nhân gây trụy mạch. Hội chứng W-P-W mà không triệu chứng thì không cần phải điều trị, nhưng điều quan trọng trong trường hợp này là ta cần phải làm rõ nó – có lẽ bằng ghi điện tim lưu động và một test gắng sức- bất kể là bệnh nhân này có rối loạn nhịp nhanh kịch phát hay không. Nếu có lý do để cho rằng rối loạn nhịp là nguyên nhân của trụy mạch và chấn thương vùng đầu thì anh ta cần thăm dò điện sinh lý để cắt đốt các đường dẫn truyền bất thường .



ECG130 : một người đàn ông 85t đến bộ phận bệnh nhân điều trị ngoại trú phàn nàn về cơn đau thắt ngực khá điển hình, và thỉnh thoảng ông ta thấy chóng mặt khi leo đồi. Đây là điện tim của ông ta. Chẩn đoán là gì và bạn sẽ làm gì ?

Trả lời

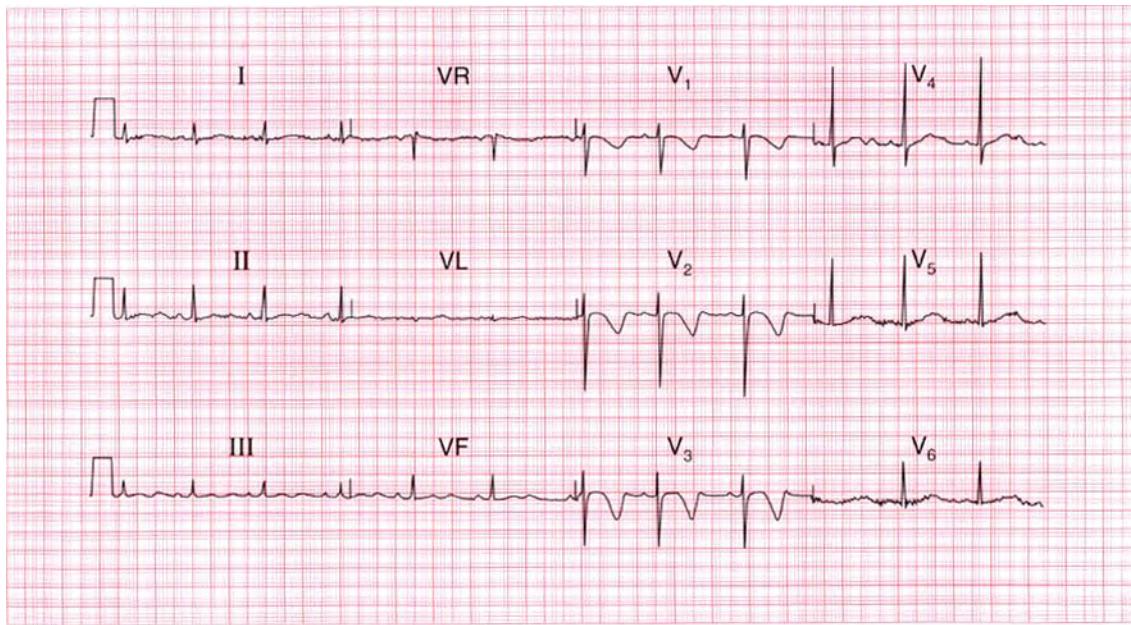
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Sóng R cao và S sâu ở các đạo trình trước ngực
- Sóng T đảo ngược ở đạo trình D1,DII,AVL,V3-V6

Điễn giải lâm sàng

Đây là điện tâm đồ của một phì đại thất trái. Nó có thể khó phân biệt sóng T đảo ngược do thiếu máu với sóng T đảo ngược thứ phát của phì đại thất trái, và khi sóng T đảo ngược ở các đạo trình vách (V3,V4) thì thiếu máu cục bộ cần được xem xét. Tuy nhiên, sự thay đổi ở đây hầu như ở đạo trình thành bên và kết hợp với tiêu chuẩn điện thế phù hợp cho phì đại thất trái. Đau thắt ngực, chóng mặt, phì đại thất trái gần như chắc chắn là do hẹp khít van động mạch chủ, mặc dù tăng huyết áp cũng là có khả năng.

Bạn làm gì ?

Tìm các dấu hiệu của hẹp van động mạch chủ (mạch hình cao nguyên, sóng mạch yếu, mõm tim đập rộng lan tỏa, tiếng thổi tổng máu hẹp van động mạch chủ) và xác định chênh áp qua van bằng siêu âm tim. Ở bệnh nhân chênh áp qua van động mạch chủ là 95mmhg chỉ điểm hẹp van mức độ nặng. Đau thắt ngực, chóng mặt chỉ điểm mức độ nặng của bệnh mà tiên lượng khó khăn : ngay cả ở tuổi 85 thay van động mạch chủ cũng có thể được thực hiện.



ECG131 :điện tim đồ ghi ở một cậu bé 15 tuổi bị ngất trong khi chơi đábóng, nhưng hiện tại thì cậu ta bình thường. Chẩn đoán có thể là gì ?

Trả lời

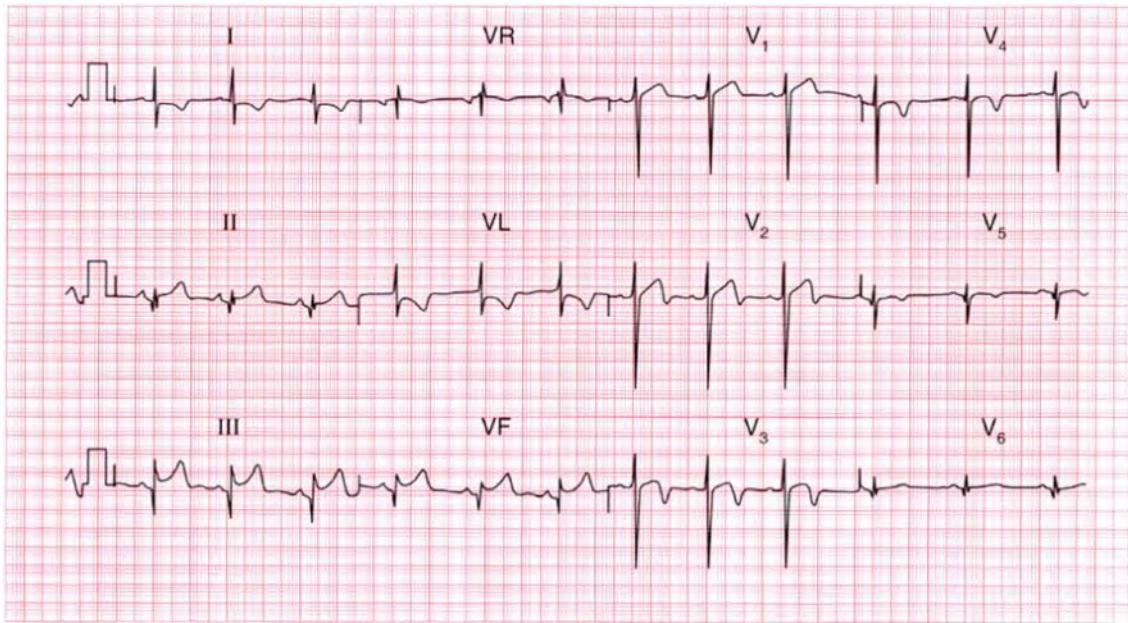
- Nhịp xoang
- Khoảng PR và thời gian QRS bình thường
- Trục bình thường
- QRS bình thường
- Sóng T đảo ngược V1-V3
- Khoảng QT kéo dài (520ms)

Điễn giải lâm sàng

Ngất trong khi đang gắng sức có thể là hẹp van động mạch chủ,bệnh cơ tim phì đại hoặc gắng sức gây ra rối loạn nhịp. Điện tim đồ này không phải là phì đại thất trái ,vì vậy hẹp van động mạch chủ không được nghĩ đến. Sóng T đảo ngược ở đạo trình thành trước là đặc trưng của bệnh cơ tim phì đại nhưng nó thường không phải là nguyên nhân làm QT kéo dài. Rối loạn nhịp khi gắng sức là dạng điển hình của hội chứng QT kéo dài có tính chất gia đình, và em gái của cậu ta đã bị đột tử.

Bạn làm gì ?

Điều trị ban đầu là chẹn beta, nhưng cấy ICD cần phải được xem xét.



ECG132 : một người đàn ông 70t có cái đau thắt ngực khoảng 10 năm nay, ông ta nhập viện vì đau ngực mức độ nặng liên tục đến thời điểm hiện tại khoảng 4 giờ . Đây là điện tim của ông ta,nó chỉ ra cái gì,và bạn phải làm gì ?

Trả lời

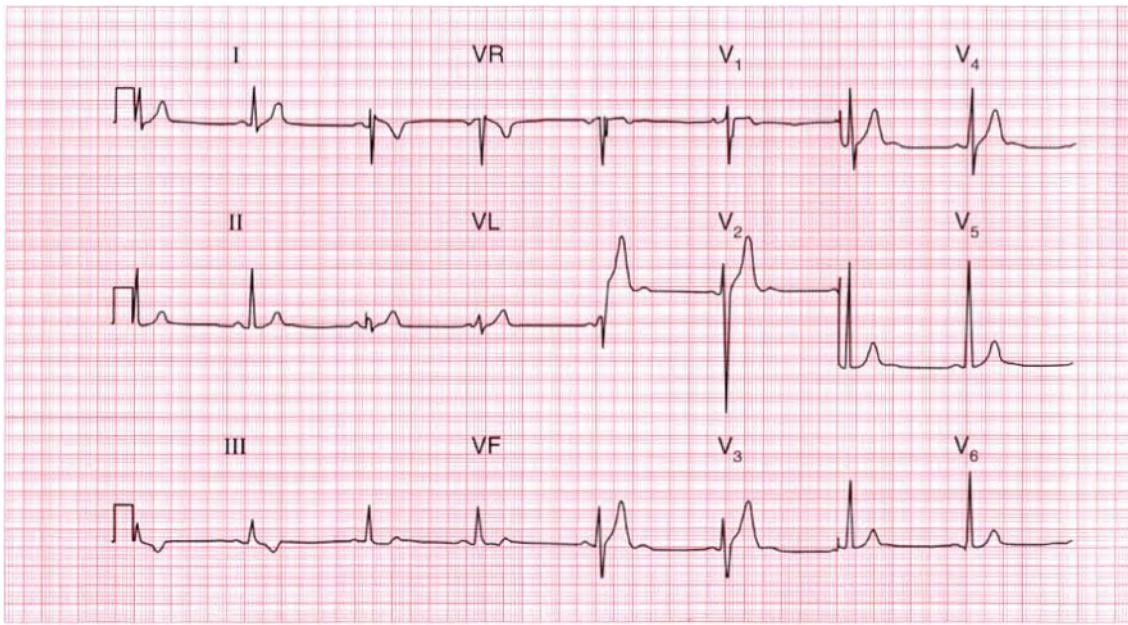
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Q ở DIII,AVF
- QRS ở các đạo trình khác bình thường
- Đoạn ST chênh lên ở DII(theo sau một sóng s nhỏ),DIII,AVF
- T 2pha V2-V3
- T đảo ngược ở V4-V5

Điều giải lâm sàng

Sóng Q ở các đạo trình thành dưới gợi ý một cái nhồi máu cũ. Đoạn ST chênh lên ở DIII, AVF sẽ phù hợp với một nhồi máu cơ tim cấp, tuy nhiên ST chênh lên ở DII có dạng 'hight take-off' vì nó đi sau một sóng S, và điều này có thể làm cho sự thay đổi ở DIII,AVF không có ý nghĩa. Sự thay đổi ở các đạo trình thành trước có thể gợi ý một nhồi máu không sóng Q.

Bạn làm gì ?

Có đủ bằng chứng ở đây cho việc nên sử dụng tiêm sợi huyết, tuy nhiên, cần kết hợp giảm đau và tiêm sợi huyết.



ECG133 : điện tim ghi từ một người đàn ông 30t đi khám sức khỏe. Anh ta không có triệu chứng gì , nhưng ECG có bình thường không ?

Trả lời

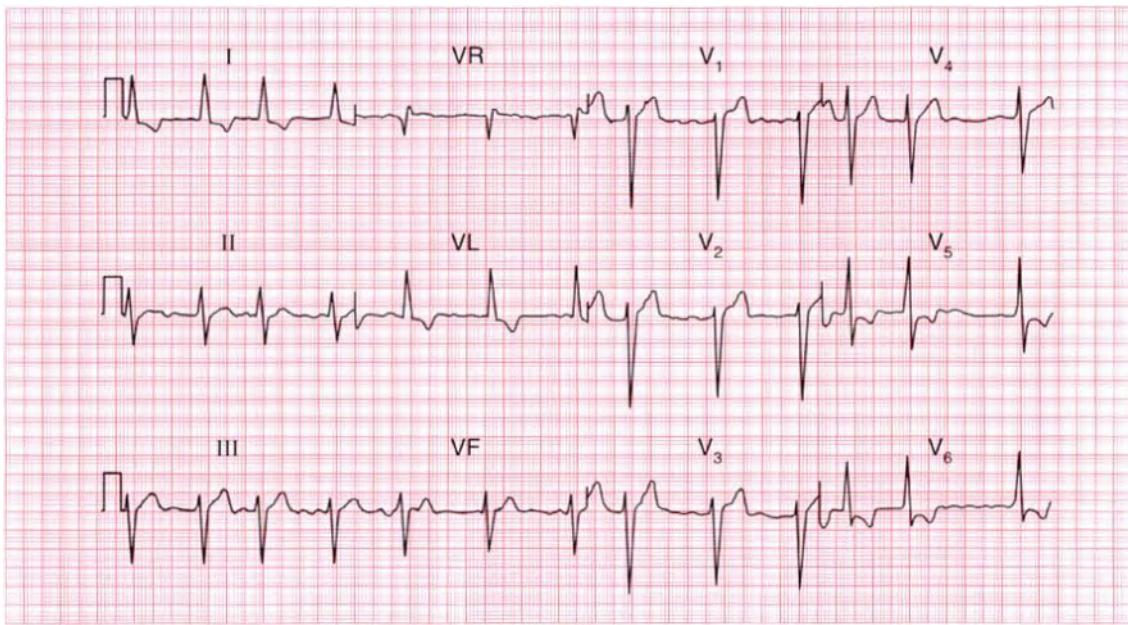
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Tiêu chuẩn điện thế phù hợp với phì đại thất trái (R cao ở V6 cộng với S sâu ở V2 lớn hơn 35mm)
- Sóng T đảo ngược ở DIII
- Sóng U xuất hiện ở V2-V4

Điễn giải lâm sàng

Tiêu chuẩn điện thế phù hợp với phì đại thất trái là không đáng tin cậy và nó thường có ở những người con trai trẻ tuổi. Không có gì ở đây gợi ý cho phì đại thất trái. Sóng T đảo ngược ở DIII là một biến thể bình thường. Sóng U thường là kết quả của rối loạn điện giải (thường là hạ kali máu), và nó thường theo sau một sóng T dẹt. Trong khi ở đây sóng T cao, vì vậy nó hoàn toàn bình thường .

Bạn làm gì ?

Dữ liệu cung cấp cho thấy huyết áp bệnh nhân hoàn toàn bình thường,kiểm tra những vấn đề khác thì không thấy các nguyên nhân gây phì đại thất trái, như bệnh lý van động mạch chủ, vì vậy không cần làm gì thêm nữa.



ECG134 : Điện tim ghi từ một người đàn ông 60t vào nhập viện với biểu hiện suy tim nặng. ECG chỉ ra cái gì và bạn sẽ làm gì ?

Trả lời

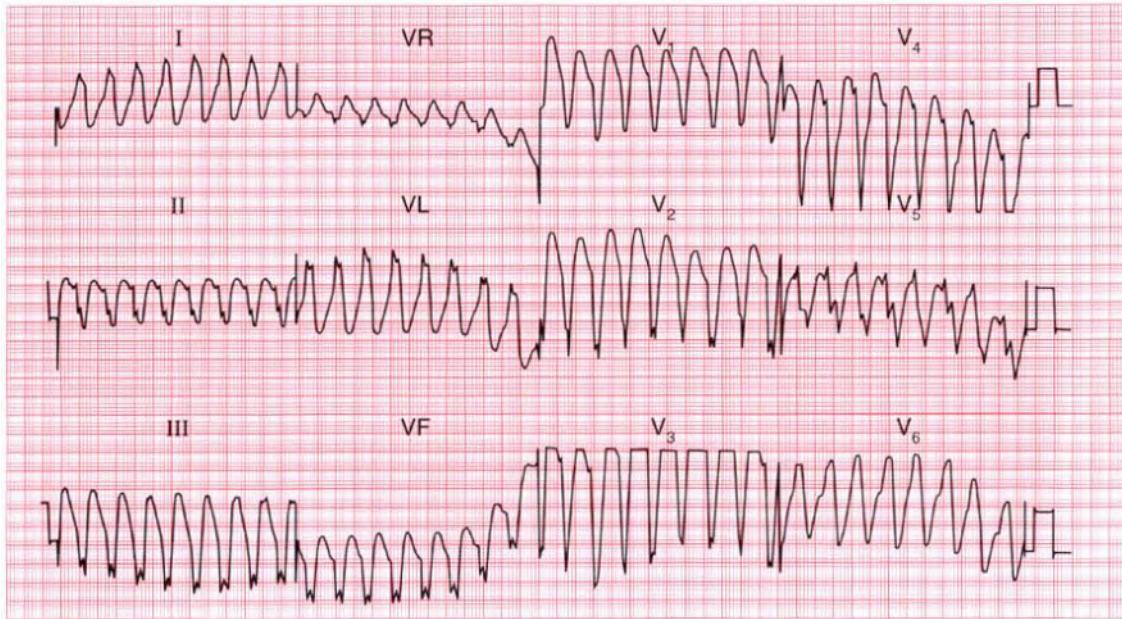
- Rung nhĩ
- Bloc phân nhánh trái trước
- Tiêu chuẩn điện thế phù hợp với phì đại thất trái (R cao V6 cộng S sâu ở V1 bằng 40mm)
- Sóng T đảo ngược ở các đạo trình thành bên

Điễn giải lâm sàng

Mặc dù rung nhĩ nhưng nhịp thất vẫn kiểm soát được tốt. Bloc phân nhánh trái trước chỉ điểm của bệnh lý hệ thống dẫn truyền. Sóng T đảo ngược có thể là kết quả của chậm dẫn truyền nội thất do phì đại thất trái hoặc do thiếu máu cơ tim. Sóng T thay đổi không có dạng đặc trưng cho nhiễm độc digoxin .

Bạn làm gì ?

Ta cần phải biết là ông ta đang được điều trị gì. Nếu ông ta hiện tại không sử dụng digoxin thì điều này cần phải xem xét cẩn thận vì nhịp thất chậm hơn người ta mong đợi ở rung nhĩ. Điều quan trọng là phải tìm nguyên nhân của phì đại thất trái, nhớ rằng là huyết áp hiện tại của bệnh nhân có thể không phải là mức huyết áp thường xuyên của ông ta .



ECG135 : một người đàn ông 60t phàn nàn về sự xuất hiện những cơn hồi hộp trống ngực vài năm nay. Giữa các cơn thì ông vẫn bình thường, không có dấu hiệu thực thể bất thường, và điện tim bình thường. Đây là điện tim ghi trong khi cơn xuất hiện. Nó là rối loạn nhịp gì và bạn phải làm gì ?

Trả lời

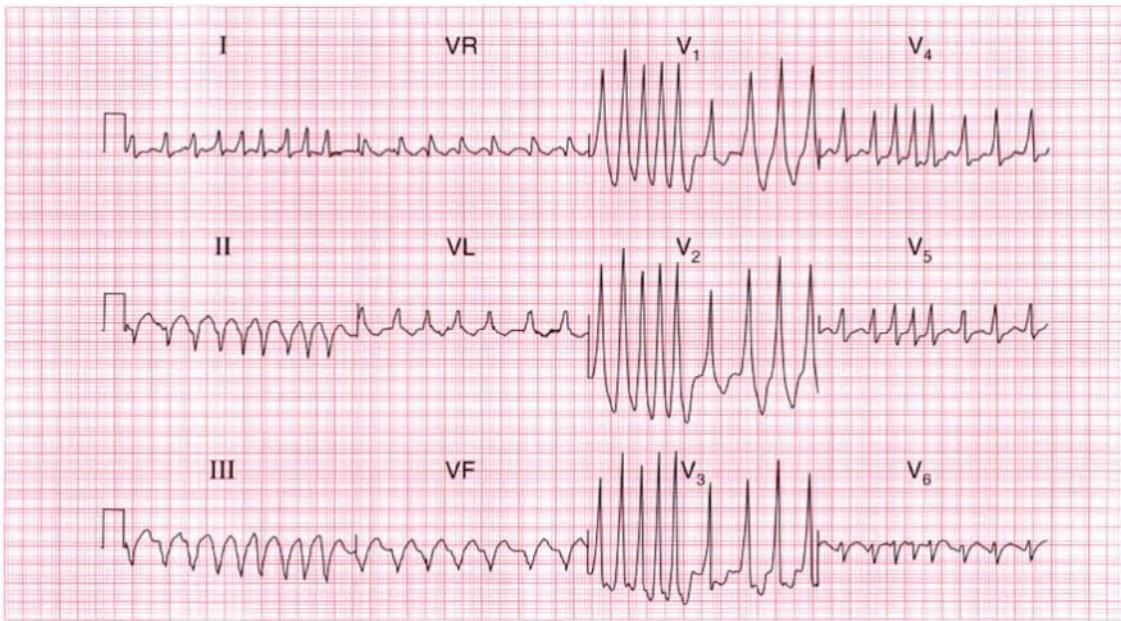
- Nhịp nhanh đều phức bộ giãn rộng
- Thời gian QRS 160ms
- Trục hướng trái
- Hình dạng QRS là khó xác định, hưng các đao trình trước ngực đồng âm và có dạng QS ở V6.

Điều giải lâm sàng

Kết hợp phức bộ giãn rộng, nhịp nhanh đều, QRS đồng âm ở các đao trình trước ngực và dạng QS ở V6 là đặc trưng của nhịp nhanh thất.

Bạn làm gì ?

Bệnh nhân chỉ thỉnh thoảng có những cơn rối loạn nhịp, còn những lúc khác thì hoàn toàn bình thường, vì vậy sẽ là rất khó cho việc quản lý rối loạn nhịp của ông ta. Bệnh nhân này nên được làm siêu âm tim để loại trừ bệnh cơ tim phì đại, và một test gắng sức để loại trừ thiếu máu cơ tim và loại trừ rối loạn nhịp khi gắng sức. Ở tuổi 60 chụp mạch vành có thể phải chỉ định. Điều trị với amidaron là hiệu quả như một tác nhân chống loạn nhịp trên cơ sở lặp lại các thăm dò điện sinh lý. Nếu các cơn xuất hiện mà gây ngất thì cấy một máy khử rung là cần phải xem xét.



ECG136 : một bệnh nhân nữ 25t có những cơn giống như cơn nhịp nhanh kịch phát khoảng 10 năm nay, điện tim này được ghi trong khi cơn xuất hiện. Đây là nhịp gì và vấn đề cơ bản ở đây là gì ?

Trả lời

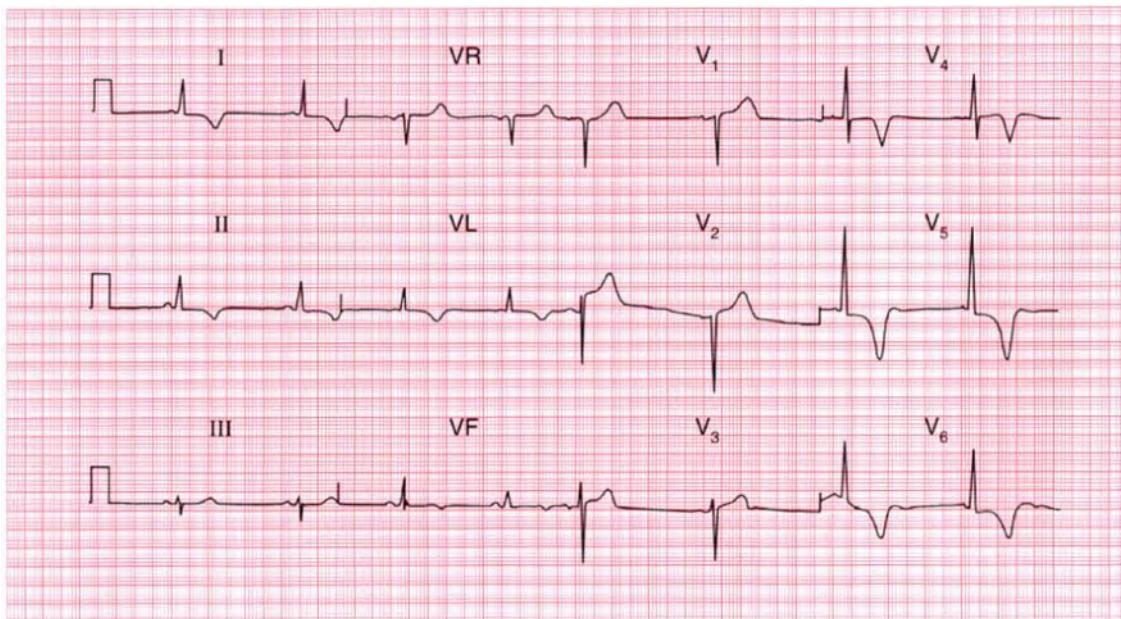
- Nhịp nhanh không đều tần số khoảng 200ck/p
- Không thấy sóng P
- Trục trái
- Thời gian QRS thay đổi từ 120-160ms
- Phức bộ QRS có sóng R trội ở V1, sóng S trội ở V6
- Sau khoảng ngừng dài chân phức bộ QRS xuất hiện nét trát đậm

Điễn giải lâm sàng

Nhịp không đều này có thể giải thích do rung nhĩ. Phức bộ QRS giãn rộng có thể do bloc nhánh phải, nhưng sóng R chiếm ưu thế ở V1 cùng với nét trát đậm chân QRS ở phần lớn các chuyển đạo chỉ điểm hội chứng W-P-W (typ A)

Bạn làm gì ?

Kết hợp hội chứng W-P-W và rung nhĩ là rất nguy hiểm, nó có thể tiến triển thành rung thất. Điều trị rối loạn nhịp cấp cứu là cần thiết bất kể tình trạng lâm sàng của bệnh nhân. Điều quan trọng là không được dùng những thuốc làm bloc dẫn truyền qua nút nhĩ thất và làm tăng dẫn truyền qua đường phổi, điều này sẽ làm tăng nguy cơ rung thất. Vì vậy adenosin, digoxin, verapamin và lignocain là chống chỉ định. Những thuốc làm chậm dẫn truyền qua đường phổi và an toàn là betabloc, flaicnid, amiodaron. Sau đó, một thăm dò điện sinh lý để tìm ra và cắt bỏ đường phổi là điều cần thiết.



ECG137 : một người đàn ông 35t đến phòng khám điều trị ngoại trú phàn nàn về đau ngực khi gắng sức và thỉnh thoảng có kèm theo chóng mặt, đây là điện tim của anh ta. Chẩn đoán có thể là gì ? và dấu hiệu thực thể nào bạn có thể tìm thấy ?

Trả lời

- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Sóng T đảo ngược overDI,DII,AVL,V4-V6.

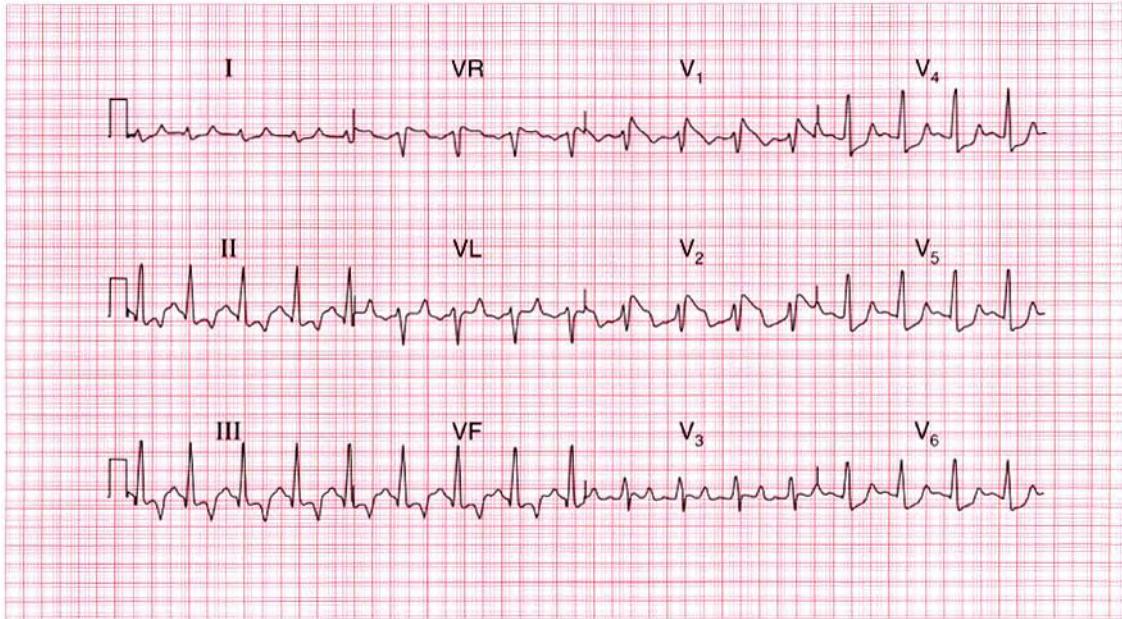
Điễn giải lâm sàng

Sóng T đảo ngược ở các đạo trình thành trước bên gợi ý một nhồi máu cơ tim không sóng Q hoặc một phì đại thất trái. Tuy nhiên , không có dấu hiệu nào khác hơn của phì đại thất trái, cái này gần như là đặc trưng của bệnh cơ tim phì đại.

Bạn làm gì ?

Dấu hiệu thực thể của cơ tim phì đại bao gồm mạch ngoại biên nảy mạnh với dạng 2pha, tiếng thổi ở van động mạch chủ mà đặc trưng là sẽ nghe to hơn sau các ngoại tâm thu,và dòng chảy ngược van 2 lá. Chẩn đoán cơ tim phì đại tốt nhất là bằng siêu âm tim, nó sẽ cho ta thấy sự phì đại không đối xứng của vách liên thất, sự di động ra trước của van 2 lá trong thời tâm thu, và thường đi kèm với đóng sớm van động mạch chủ.

Ở bệnh nhân này siêu âm tim đã chỉ ra những đặc điểm xác định chẩn đoán bệnh cơ tim phì đại.



ECG138 : điện tim ghi ở một người phụ nữ 30t nhập viện vì tình trạng đái tháo đường nhiễm toan ceton. Cho một vài ý kiến ?

Trả lời

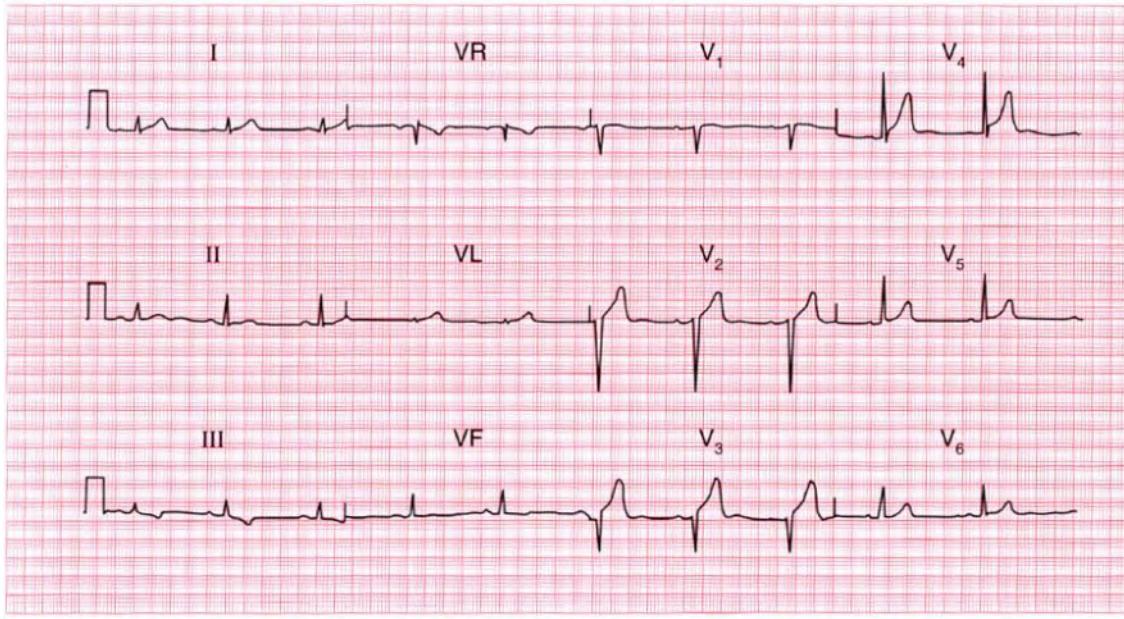
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Khoảng PR bình thường
- Phức bộ QRS ngoài thời gian ở giới hạn trên của bình 120ms còn lại thì bình thường
- Đoạn ST không dễ để xác định , nhưng xuất hiện ST chênh lên ở V1,V2 và chênh xuống(dạng đi chéch lên) ở V4-V6
- Sóng T đảo ngược ở các đạo trình thành dưới và nhọn ở tất cả các đạo trình

Điều giải lâm sàng

Sự thay đổi là đặc trưng của tăng kali máu, mà tất nhiên là nó phù hợp với tình trạng hiện tại của đái tháo đường nhiễm toan ceton.

Bạn làm gì ?

ECG này sẽ cảnh báo bạn để kiểm tra nồng độ kali máu ngay lập tức : ở bệnh nhân này nồng độ kali máu đã kiểm tra là 7,1mmol/l. Nó sẽ được giải quyết nhanh chóng khi ta điều trị tình trạng đái tháo đường.



ECG139 :điện tâm đồ được ghi như là một phần kiểm tra sức khỏe của người đàn ông 40t không có triệu chứng gì. Bạn sẽ làm gì ?

Trả lời

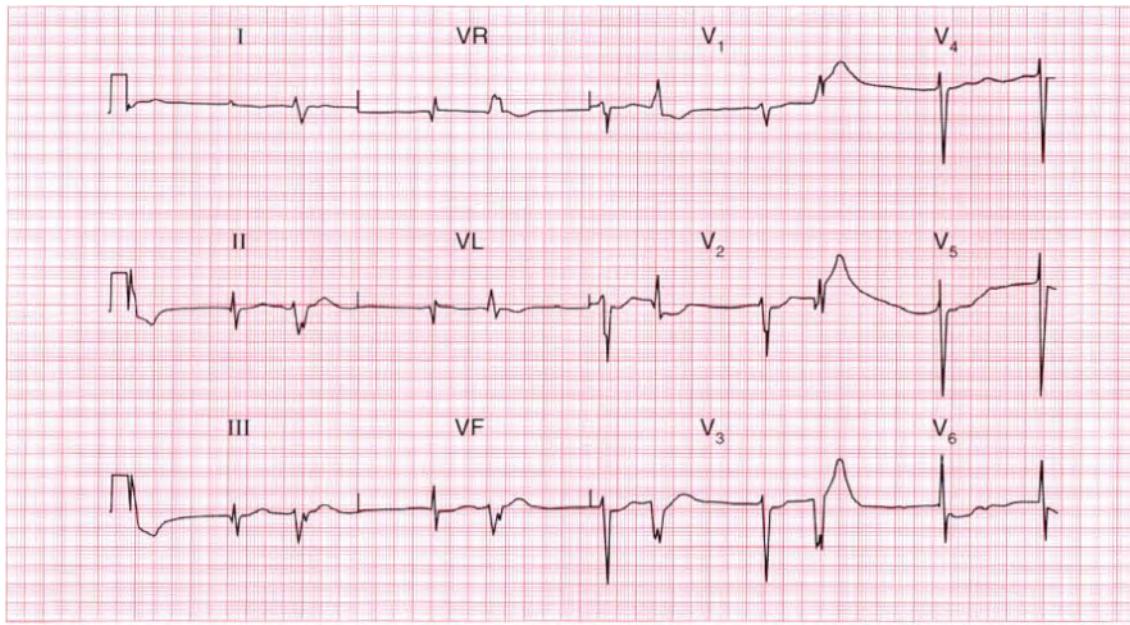
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Mất sóng R ở V3
- ST chênh lên ở V4
- T đảo ngược ở DIII,AVF

Điễn giải lâm sàng

Mất sóng R ở V3 với sự xuất hiện sóng R cao ở V4 có thể gợi ý một nhồi máu cũ vùng trước vách. Đoạn ST chênh lên ở V4 theo ngay sau sóng S là một biến thể bình thường. Sóng T đảo ngược ở các đạo trình thành dưới có lẽ là không đặc hiệu, cũng có thể là một thiếu máu cơ tim.

Bạn làm gì ?

Với bệnh nhân hoàn toàn không có triệu chứng gì rất khó để giải thích điện tim đồ này như thế nào. Tất cả những khả năng của những sự thay đổi này là không đặc hiệu nhưng thiếu máu cục bộ không thể loại trừ trên điện tim này. Ghi lại điện tâm đồ khác sẽ có giá trị để xem sự mất sóng R ở V3 có thể là kết quả do đặt nhầm điện cực ngực. Nó cũng có giá trị để yêu cầu bệnh nhân hít sâu khi đấy ta sẽ thấy các sóng T ở các đạo trình thành dưới trở lại bình thường. Nếu điện tim đồ vẫn còn những thay đổi như ở đây, thì một test gắng sức sẽ phải được tiến hành.



ECG140 :một người phụ nữ 60t bị suy tim từ nhiều năm nay mà không rõ nguyên nhân, phàn nàn về triệu chứng chán ăn, sụt cân, cơ thể thấy yếu và mệt mỏi. Điện tim giúp được gì cho chẩn đoán và quản lý bệnh của bà ta ?

Trả lời

- Rung nhĩ
- Ngoại tâm thu thất nhịp đôi
- Sóng Q ở AVL (ở nhịp trên thất)
- Sóng T dẹt và xuất hiện sóng U (nhìn rõ nhất ở V3)
- ST chênh xuống ở V6

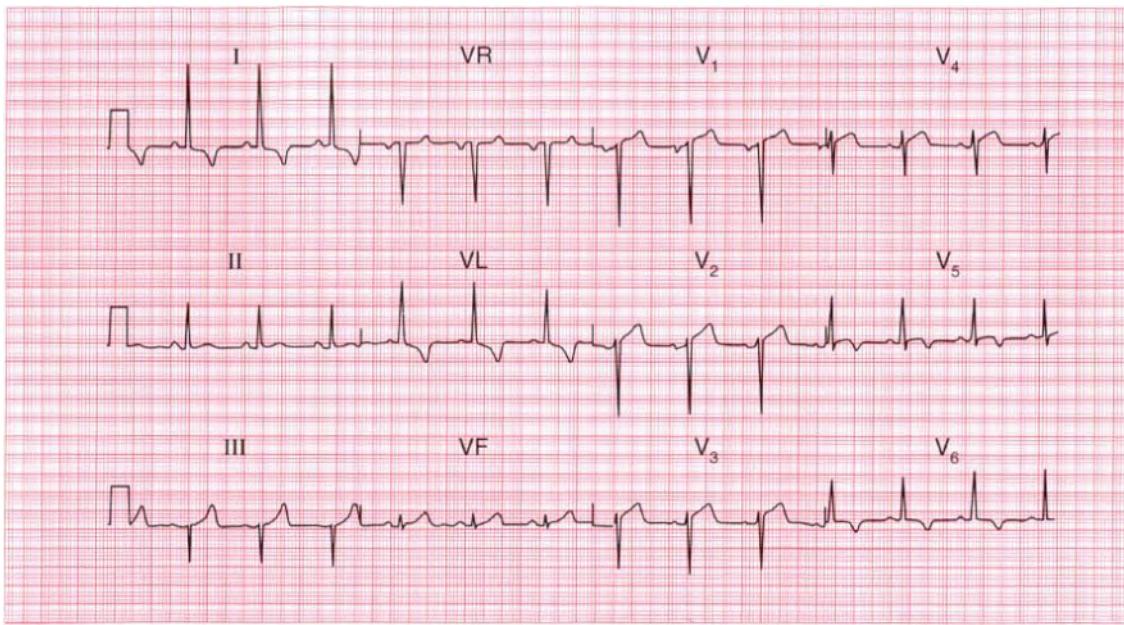
Điễn giải lâm sàng

Một bệnh nhân bị suy tim mà bị rung nhĩ thì khả năng họ đang được điều trị với digoxin và thuốc lợi tiểu. Triệu chứng biếng ăn,sụt cân gợi ý có thể do ngộ độc digoxin,và cơ thể yếu có thể do hạ kali máu. Ở điện tim này ST chênh xuống ở V6 có thể là kết quả của digoxin và ngoại tâm thu thất cũng là một trong những đặc điểm của ngộ độc digoxin. Sóng T dẹt và sóng U nổi rõ gợi ý hạ kali máu .

Bạn làm gì ?

Cần phải nhớ rằng hạ kali máu làm tăng tác dụng phụ của digoxin. Vì vậy phải dừng digoxin, xét nghiệm điện giải và bổ sung kali bằng đường uống. Không được dùng các thuốc chống loạn nhịp tim. Điều trị suy tim với các thuốc giãn mạch.

Bệnh nhân này đã cải thiện triệu chứng đáng kể khi giảm liều digoxin,bổ sung kali đường uống. Sau đấy bệnh nhân bắt đầu được dùng ức chế men chuyển và giảm liều thuốc lợi tiểu.



ECG141 : một người đàn ông 50t phàn nàn về triệu chứng đau thắt ngực điển hình. Khám thấy huyết áp ông ta 150/90mmhg, ổ van động mạch chủ có tiếng thổi tâm thu. Đây là điện tim của ông ta. Nguyên nhân đau thắt ngực có thể là gì ?

Trả lời

- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- ST chênh lên ngay sau sóng S ở V4-V5
- Sóng T đảo ngược ở D1,AVL,V5-V6

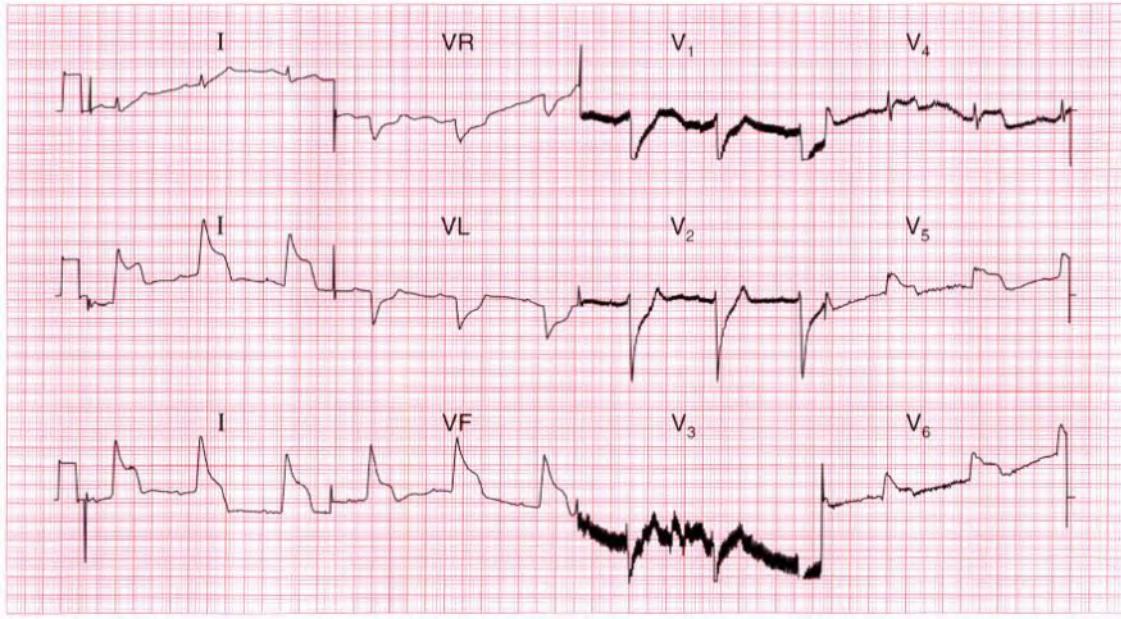
Điễn giải lâm sàng

ST chênh lên ở V4-V5 là không quan trọng. Các sóng T đảo ngược ở các đạo trình thành bên có thể chỉ điểm của phì đại thất trái hoặc thiếu máu cục bộ, và ở bệnh này có thể có hẹp van động mạch chủ hoặc bệnh lý mạch vành. Trong trường hợp không có sóng R cao thì khả năng của thiếu máu cục bộ thành bên là nhiều hơn phì đại thất trái, nhưng nó thường khó phân biệt trên điện tim đồ.

Điễn giải lâm sàng

Siêu âm tim sẽ cho biết bệnh nhân có bị bệnh lý van động mạch chủ hay không. Nhớ rằng là thiếu máu cũng có thể gây tiếng thổi tâm thu và đau thắt ngực, mặc dù có thể chưa có đảo ngược sóng T.

Ở bệnh nhân này là có bệnh lý mạch vành.



ECG142 :điện tim đồ ghi từ một người đàn bà 50t có những cơn đau ngực vài năm nay,bà ta đã phải gọi xe cấp cứu khi cơn xuất hiện với mức độ nặng. Vào thời điểm bà ta đến khoa cấp cứu thì cơn đau của bà ta hoàn toàn biến mất , và điện tim của bà ta hoàn toàn bình thường. Chuyện gì đã xảy ra ?

Trả lời

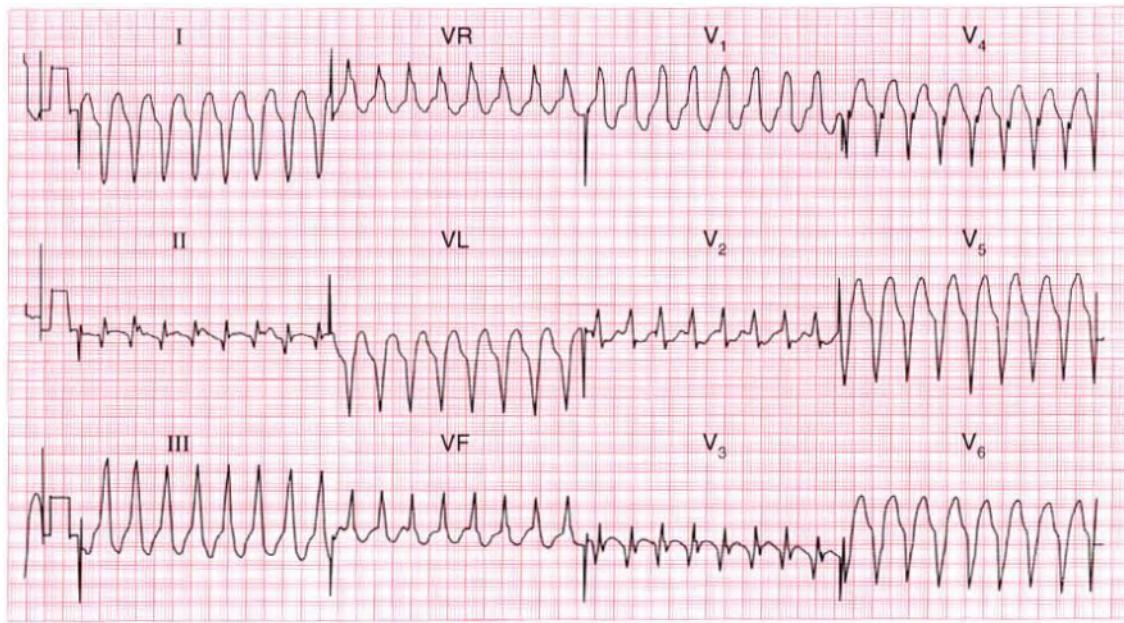
- Hình ảnh nhiễu ở V1 và V3
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Khoảng PR bình thường
- Phức bộ QRS giãn rộng (khoảng 160ms)
- ST chênh lên ở DII,DIII,AVF,V4-V6
- Sóng T bình thường

Điễn giải lâm sàng

Những gì xuất hiện ở đây có vẻ là một nhồi máu cơ tim cấp thành dưới và thành bên. Một giải thích khác đưa ra với sự biến đổi ST ở nhiều đạo trình có thể là viêm màng ngoài tim. Tuy nhiên , khi điện tim ghi lại bình thường thì cơn đau cũng hoàn toàn hết, cơn đau này vẻ đặc trưng của cơn đau thắt ngực biến thái prinzmetal .

Bạn làm gì ?

Cơn đau thắt ngực prinzmetal lần đầu tiên được mô tả vào năm 1959. Nó thường xuất hiện khi nghỉ ngơi và dạng ST chênh lên đặc trưng trên điện tim không xuất hiện khi gắng sức. Nó đã được chỉ ra khi chụp mạch vành trong cơn đau là do co thắt một hoặc nhiều động mạch vành. Tuy nhiên, tương đối ít bệnh nhân với kiểu đau thắt ngực này có mạch vành hoàn toàn bình thường, và co thắt có thể xảy ra tại vị trí mảng xơ vữa. Ở bệnh nhân này chụp mạch vành cần được chỉ định.



ECG143 : một người đàn ông 45t nhập viện với tình trạng đau ngực cách đây 2 giờ. Huyết áp của ông ta là 150/80, không có dấu hiệu của suy tim. Điện tim đồ chỉ ra cái gì và bạn phải điều trị gì ?

Trả lời

- Nhịp nhanh với phức bộ giãn rộng tần số khoảng 200ck/p
- Không có sóng P
- Trục phải
- Thời gian QRS khoảng 140ms
- Dạng bloc nhánh phải với Rcao và có 1 đỉnh ở V1
- Phức bộ QRS không phù hợp với dạng âm ở V6(nghĩa là QRS hướng lên trên ở V1, hướng xuống dưới ở V6)

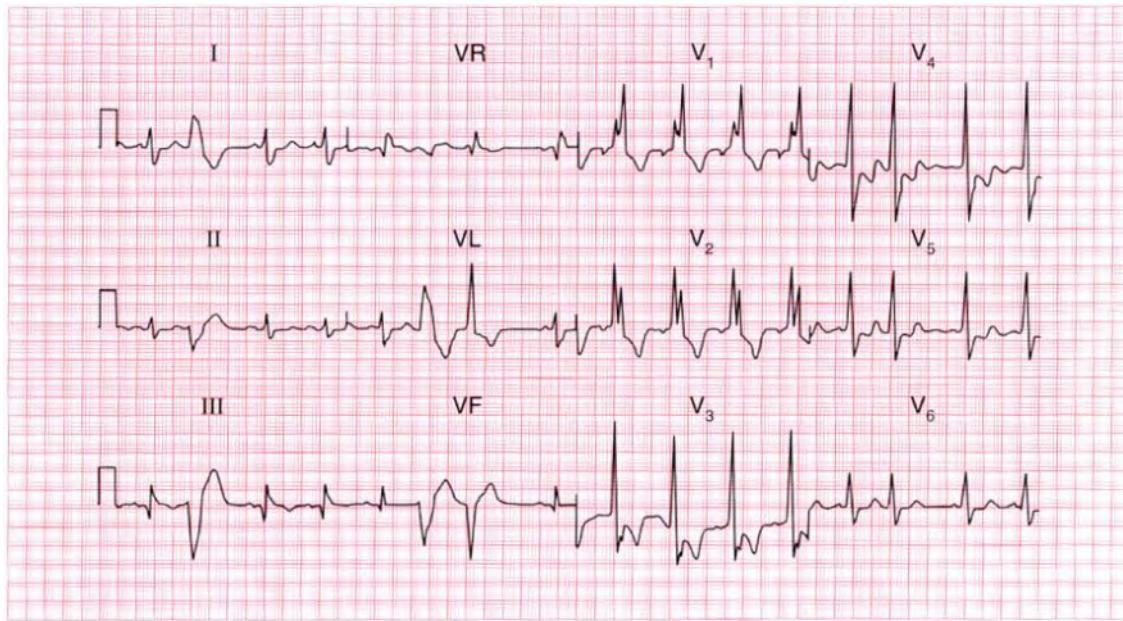
Điễn giải lâm sàng

Ở đây có thể xảy ra một trong 2 trường hợp là nhịp nhanh thất hoặc nhịp nhanh trên thất với bloc nhánh phải. Ứng hộ trường hợp nhịp nhanh thất là có phức bộ QRS tương đối rộng và R cao rộng, có 1 đỉnh ở V1(đây không phải là dạng điển hình của bloc nhánh). Các yếu tố không phù hợp với nhanh thất ở đây là trục lệch phải và các phức bộ QRS ở các đạo trình trước ngực không cùng hướng với nhau.

Bạn làm gì ?

Vấn đề quyết định ở đây là phải xác định xem bệnh nhân có hay không nhồi máu cơ tim gây biến chứng nhịp nhanh thất hay rối loạn nhịp gây ra đau ngực. Vì huyết động bệnh nhân ổn định, nên ông ta cần được giảm đau, xoa xoang cảnh, adenosin tĩnh mạch và lignocain lần lượt theo thứ tự. Nếu huyết áp ông ta tụt hoặc tiến triển suy tim thì sốc điện chuyển nhịp là biện pháp an toàn nhất.

Bệnh nhân này đã cần phải sốc điện và ECG sau đó chỉ ra một nhồi máu cơ tim thành trước. Nhịp này có lẽ là nhịp nhanh thất.



ECG144 : điện tim ghi từ một người đàn ông 65t phàn nàn về triệu chứng khó thở và có những dấu hiệu thực của suy tim mức độ trung bình. ECG chỉ ra cái gì ? Nó có giá trị gì cho điều trị không ?

Trả lời

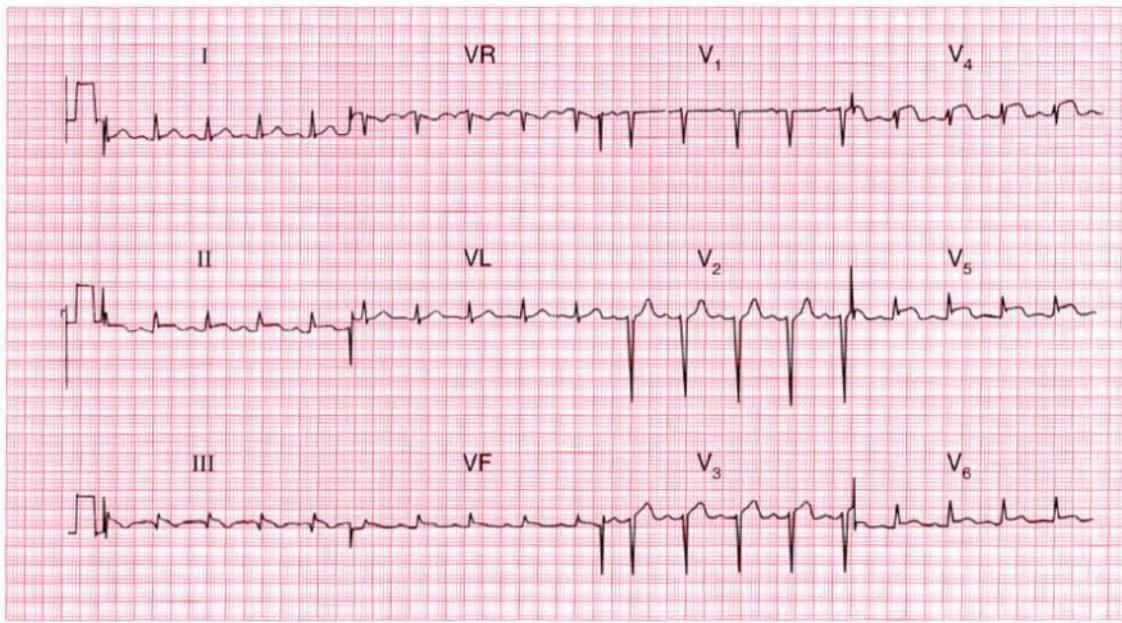
- Nhịp xoang
- Ngoại tâm thu thất đa Ổ
- Bloc nhánh phải
- Sóng Q DIII,AVF ở các phức bộ có nhịp xoang

Điễn giải lâm sàng

Sự xuất hiện sóng Q ở các đạo trình thành dưới gợi ý một nhồi máu cơ tim cũ. Bệnh lý thiếu máu cục bộ có lẽ là nguyên nhân gây nên ngoại tâm thu thất và bloc nhánh phải.

Bạn làm gì ?

Kiểm soát tốt suy tim cũng có thể làm hết ngoại tâm thu,các ngoại tâm thu không nên được điều trị bằng các thuốc chống loạn nhịp. Sự xuất hiện ngoại tâm thu thất đa Ổ cũng cảnh báo bạn nên xem xét xem có sự bất thường điện giải hay ngộ độc digoxin không.



ECG145 : Điện tim đồ ghi từ một bệnh nhân 25t với triệu chứng đau ngực. Không có triệu chứng thực thể nào được tìm thấy,nhưng trên điện tim đồ bạn thấy gì và bạn sẽ làm gì ?

Trả lời

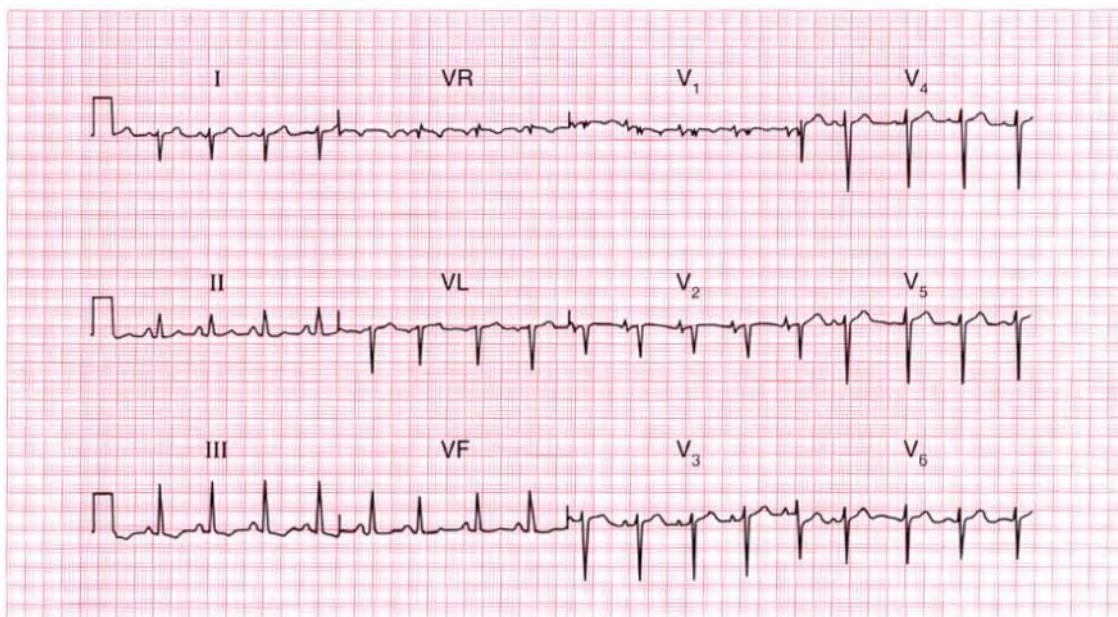
- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- ST chênh lên ở DI,DII,DIII,AVF,V4-V6

Điển giải lâm sàng

Đoạn ST chênh lên ở DI và V4 theo sau sóng S có dạng đi chêch lên là không có ý nghĩa. Còn ST chênh lên ở những đạo trình khác có thể chỉ điểm một nhồi máu cơ tim, nhưng vì thay đổi xảy ra ở nhiều đạo trình nên viêm màng ngoài tim có khả năng nhiều hơn.

Bạn làm gì ?

Ở bệnh nhân 25t thì chẩn đoán viêm màng ngoài tim dường như có khả năng nhiều hơn nhồi máu cơ tim và tiêu sợi huyết sẽ không được dùng. Chẩn đoán được thực hiện bằng cách cho bệnh nhân nằm thẳng và tiếng cọ màng ngoài tim sẽ nghe dễ dàng hơn. Siêu âm tim sẽ cho thấy dịch màng ngoài tim nếu nó xuất hiện.



ECG146 : điện tim đồ ghi từ một người đàn ông 70t phàn nàn về triệu chứng khó thở. Điện tim có dấu hiệu gì bất thường và chẩn đoán phù hợp nhất ở đây là gì ?

Trả lời

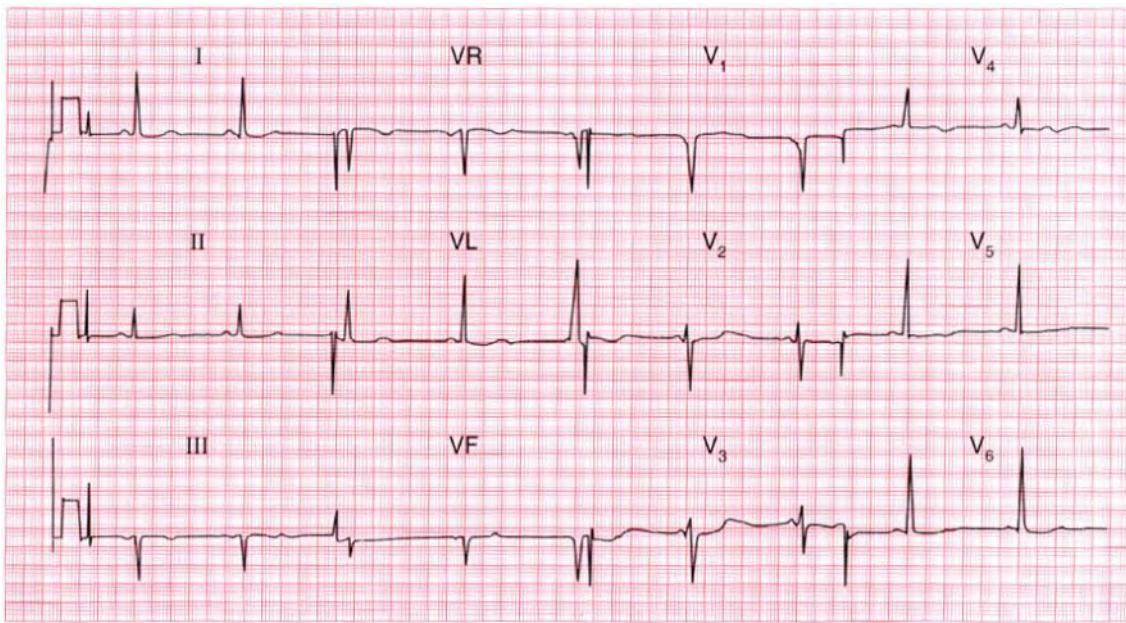
- Nhịp xoang
- Sóng P cao nhọn nhìn rõ nhất ở V1,V2
- Trục lệch phải (S sâu ở DI)
- Dạng RSR với thời gian QRS trong giới hạn ở V1(bloc nhánh phải không hoàn toàn)
- Sóng S sâu ở V6, với dạng QRS không phải dạng của thất trái.

Điễn giải lâm sàng

Sóng P cao nhọn gợi một cái phì đại nhĩ phải. Dạng bloc nhánh phải không hoàn toàn là không quan trọng. Trục lệch phải có thể thấy ở người cao gầy với tim hoàn toàn bình thường, nhưng với S sâu ở V6 nó lại gợi ý một phì đại thất phải. Thiếu sự phát triển QRS dạng thất trái ở đạo trình V6 (tức là sóng S vẫn chiếm ưu thế ở đạo trình V6) là do thất phải chiếm hầu hết màng ngoài tim. Tim xoay theo chiều kim đồng hồ (lúc này ta đang nhìn tim là từ dưới lên) và đây là dạng đặc trưng của bệnh phổi mạn tính.

Bạn làm gì ?

Chụp XQ ngực kiểm tra bao gồm cả tư thế chéch (cho nhìn thấy thất phải rõ nhất) và test kiểm tra chức năng phổi sẽ có ích nhiều hơn siêu âm tim.



ECG147 : Điện tim ghi từ một cậu bé 15t bị ngất khi đang chơi đá bóng. Anh trai của cậu đã bị đột tử. Điện tim chỉ ra cái gì và những gì trên lâm sàng cần phải xem xét ?

Trả lời

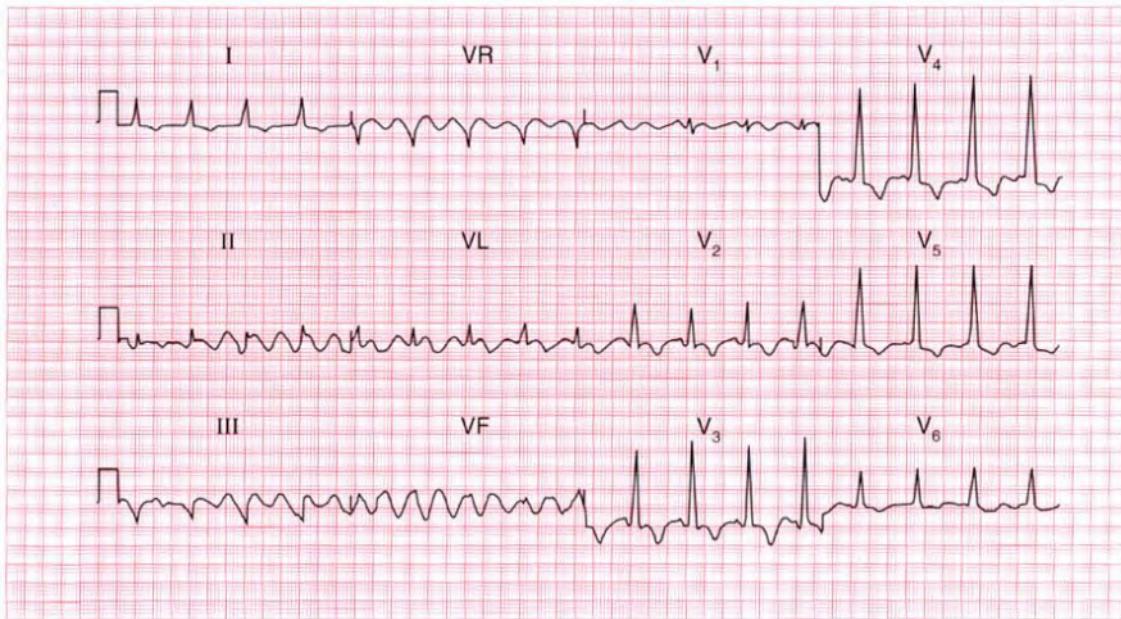
- Nhịp xoang
- Khoảng PR bình thường ngoại trừ phức bộ thứ ba ở AVL, ở đây nó gợi ý của tiền kích thích.
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Khoảng QT kéo dài (khoảng 640ms)
- Xuất hiện sóng U,nhìn rõ nhất ở đạo trình trước ngực.

Điễn giải lâm sàng

Các bất thường quan trọng nhất ở đây là khoảng QT kéo dài và xuất hiện sóng U. Dạng này nó thường liên quan đến nhịp nhanh thất theo kiểu xoắn đỉnh và đột tử.

Bạn làm gì ?

Tiền sử đình đám gợi ý rằng đây cũng có thể là hội chứng QT dài bẩm sinh bao gồm hội chứng jervell-langer-nielsen (bẩm sinh có QT dài kèm điếc) hoặc hội chứng romano-ward(bẩm sinh QT dài không có điếc). Nó được đặc trưng bằng những cơn vắng ý thức ở trẻ em, thường xuất hiện vào những thời điểm tăng hoạt động của hệ thống thần kinh giao cảm và chẹn beta là hình thức điều trị đầu tiên. Cấy một mảnh phá rung tĩnh viễn có thể là cần thiết. Hội chứng QT kéo dài cũng liên quan với những thuốc chống loạn nhịp (quinidine,procainamide,dysopyramide,amiodarone và sotalol) và với những loại thuốc khác như ketanserin,prenylamin, các thuốc chống trầm cảm ba vòng, erythromycin, thioridazine, lidoflazine. Rối loạn điện giải (kali,magie hoặc canxi thấp) cũng gây ra QT kéo dài .



ECG148: nhân viên chăm sóc sức khỏe người cao tuổi bị bối rối bởi điện tim này và cần bạn giúp đỡ. Những câu hỏi gì bạn sẽ hỏi anh ta ?

Trả lời

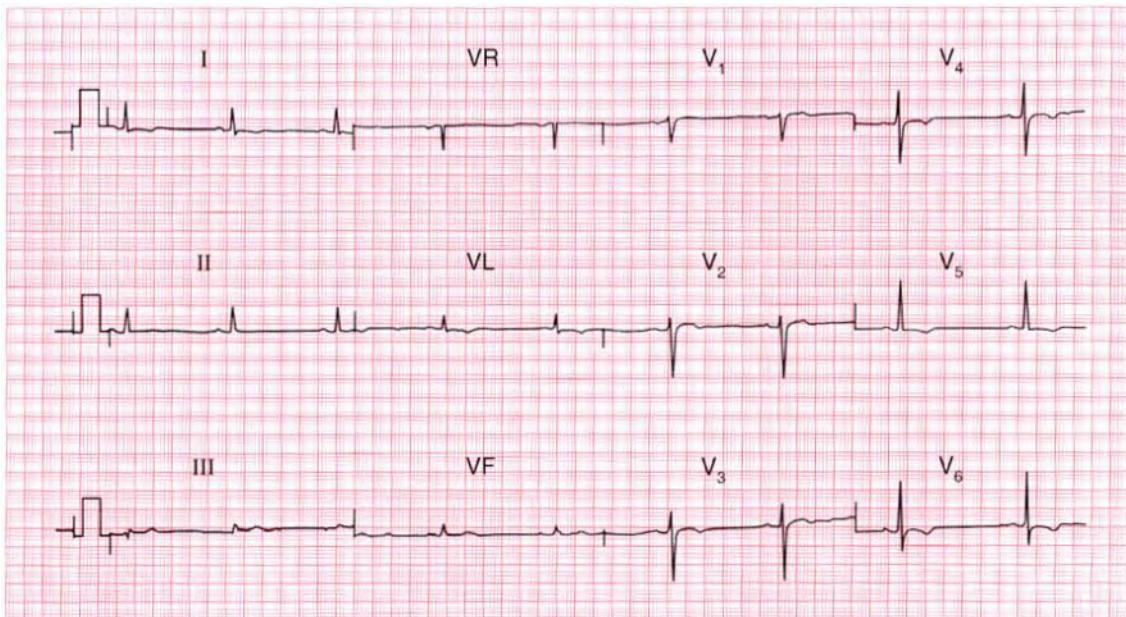
- Nhịp xoang
- Nhịp điệu sóng chậm, đường cơ bản có một vài đường giống cuồng nhĩ nhưng chậm và thô hơn
- Khoảng PR ngắn
- Có nét trát đậm ở đầu phức bộ QRS đặc biệt ở đạo trình DI
- Sóng T đảo ngược ở các đạo trình thành trước

Điễn giải lâm sàng

Biến thể nhịp điệu chậm là do rung cơ và không bắt nguồn từ tim. Khoảng PR ngắn, nét trát đậm đầu phức bộ QRS, sóng T đảo ngược là do hội chứng W-P-W.

Bạn làm gì?

Hỏi nếu bệnh nhân có parkinson thì run ở parkinson sẽ giải thích sự biến đổi ở đường cơ bản. Hỏi bệnh nhân có tiền sử hồi hộp trống ngực hoặc ngất không? Đây là những vấn đề mà hội chứng W-P-W có thể là nguyên nhân gây ra ở người cao tuổi .



ECG149: một người phụ nữ 30t đang điều trị trầm cảm vài năm nay, vào nhập viện cấp cứu sau khi có gǎng tự sát với một lượng nhỏ aspirin. Không có bất thường gì khi kiểm tra nhưng đây là ECG của cô ta. Nó có gì phải lo lắng không ?

Trả lời

- Nhịp xoang
- Trục bình thường
- Phức bộ QRS bình thường
- Sóng T đảo ngược ở đạo trình DI,AVL,V4-V6

Điễn giải lâm sàng

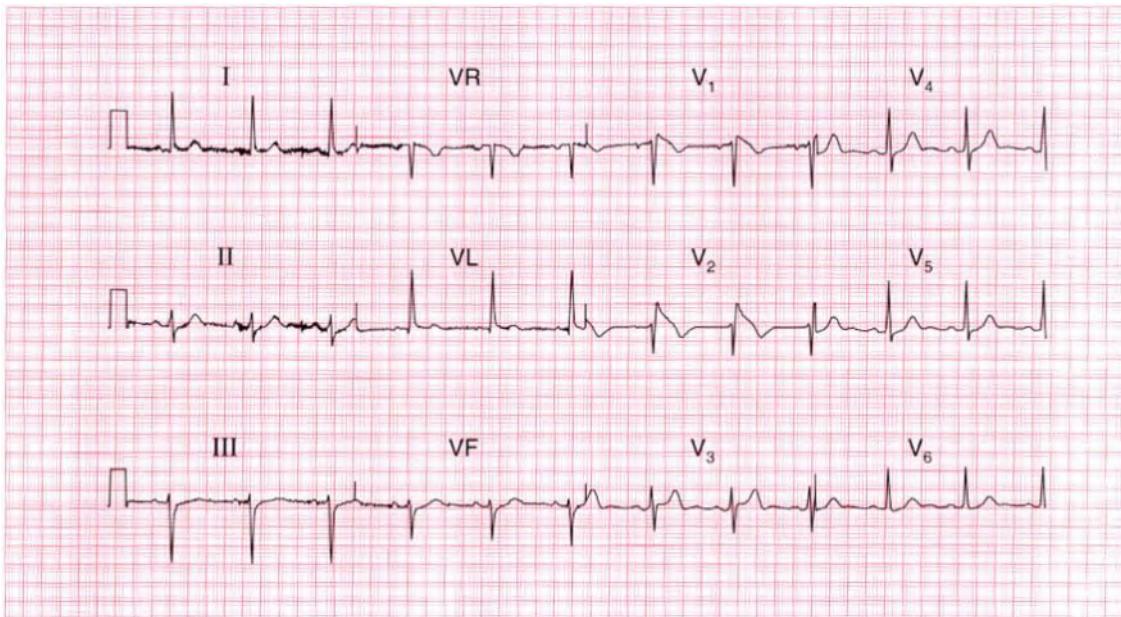
Sóng T đảo ngược ở các đạo trình trước bên -hầu như phổ biến là do thiếu máu cơ tim, nhưng có vẻ dường như không hợp lý ở bệnh nhân trẻ tuổi mà không có dấu hiệu của bệnh tim.

Bệnh lý cơ tim cũng có thể là một nguyên nhân khác, nhưng tái cực (sóng T) bất thường cũng có thể do điều trị thuốc chống trầm cảm.

Bạn làm gì?

Như thường lệ khi chẩn đoán không rõ ràng, ta phải tìm xem bệnh nhân đang được điều trị thuốc gì.

Bệnh nhân này đang được dùng thuốc chống trầm cảm và test gǎng sức, siêu âm tim đã chỉ ra bệnh nhân không có bằng chứng của bệnh tim.



ECG150: điện tim ghi từ một người đàn ông 40t , ông ta nhập viện sau khi bị ngất ở khi đang ở trong siêu thị. Khi ông ta đến viện thì ông ta bình thường,không có dấu hiệu thực thể bất thường được tìm thấy. Bạn sẽ cho là điện tim này bình thường chứ ?

Trả lời

- Nhịp xoang 70ck/p
- Thời gian khoảng PR và QRS bình thường
- Trục bình thường
- QRS ở V1-V2 có dạng RSR
- ST chênh lên và đi chêch xuống ở V1,V2
- Sóng T bình thường

Điễn giải lâm sàng

Điện tim đồ không bình thường. Xuất hiện ở V1,V2 là đặc trưng của hội chứng brugada.

Bạn làm gì ?

Hội chứng brugada liên quan với bất thường di truyền làm biến đổi vận chuyển natri trong cơ tim và nó dẫn đến nhanh thất và rung thất. Bệnh nhân bị ngất cũng có thể do rối loạn nhịp những rối loạn nhịp này.Hội chứng brugada thường có tính chất gia đình. Điện tim đồ không phải là không thay đổi, và ngày hôm sau sau khi nhập viện điện tim đồ hoàn toàn bình thường.Sự thay đổi điện tim đồ và nhịp nhanh thất có thể gây ra bởi các thuốc chống loạn nhịp. Cách điều trị duy nhất là cấy máy phá rung.

Đi thì sẽ đến thôi !!!!

Trần Tuấn Anh BV 17- Đà Nẵng

Email : Drtrantuananh301286@gmail.com

Sđt :0985002204.

