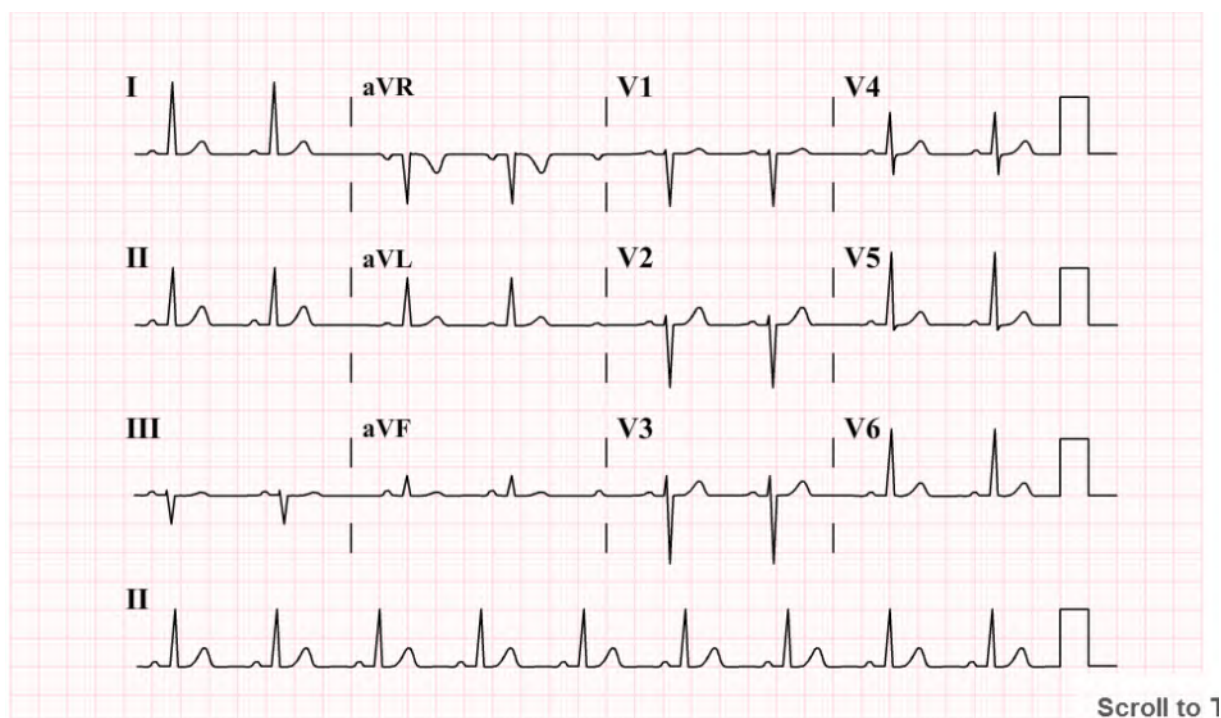


CA LÂM SÀNG: NHỊP NHANH VÒNG VÀO LẠI

Bất cứ khi nào gặp một trường hợp nhịp nhanh kịch phát, nếu như bạn đề cập đến nhịp nhanh kịch phát trên thất (paroxysmal SVT), thì trong đầu bạn phải nghĩ đến cơ chế vòng vào lại. Bệnh lý này thường gặp ở những người trẻ tuổi và trong ví dụ này chúng ta sẽ đề cập đến một trường hợp thường gặp nhất để minh họa cho dạng rối loạn nhịp cơ chế vòng vào lại này.

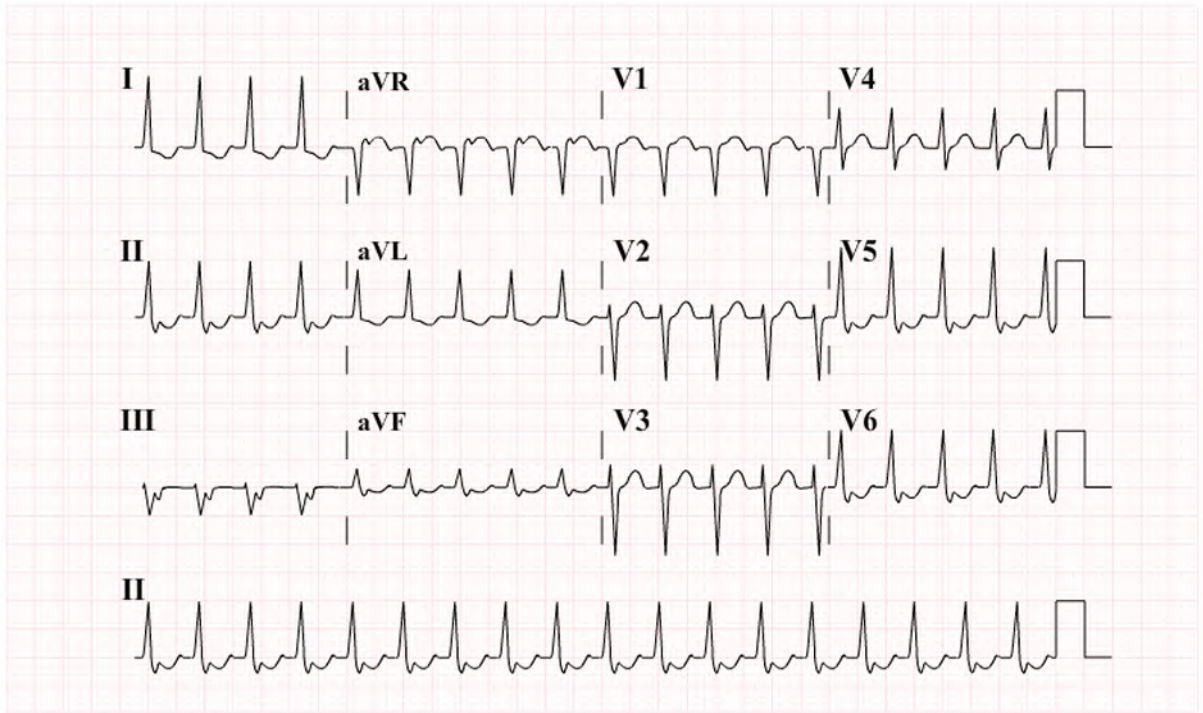
Ca lâm sàng:

Một bệnh nhân nữ 25 tuổi đến phòng cấp cứu vào một buổi tối thứ 6. Cô ta là một vận động viên thể thao có tiếng, và cô có tiền sử bị một số đợt có cơn nhịp nhanh như thế này dẫn đến đau ngực, và cô rất lo lắng. Tuy nhiên, trong một vài tuần trở lại đây, những cơn nhịp nhanh như vậy xuất hiện thường xuyên hơn và kéo dài hơn. Đây là lần thứ 2 cô phải đến phòng cấp cứu. Lần trước đó là cách đây 2 ngày và sau khi làm xét nghiệm ECG cho kết quả bình thường, cô được cho về với chẩn đoán “Cơn lo âu” (Panic attack – Một dạng bệnh lý tâm thần, bệnh nhân đột ngột lên cơn lo lắng dữ dội, dẫn đến nhịp tim nhanh và tần số thở tăng). Từ lúc về nhà đến bây giờ, cô lên thêm một vài cơn nữa. Lần này, ECG cũng được chỉ định:



ECG của bệnh nhân trông có vẻ rất bình thường. Trục điện tim hơi lệch sang trái một chút nhưng vẫn trong giới hạn bình thường. Chúng ta biết rằng cô là một vận động viên thể thao, vì thế nếu nhịp tim là 83 nhịp/phút thì trông cũng hơi ngạc nhiên nhưng mà là nhịp xoang và có thể nhịp tim tương đối nhanh này chỉ là do cô lo lắng quá mà thôi.

Mặc dù ECG bình thường, cô vẫn được cho nhập viện để thăm dò thêm. Cô được đặt monitor để theo dõi và cho thấy nhịp xoang hoàn toàn, không thấy gì bất thường. Một vài giờ sau, cô lên cơn nhịp tim nhanh và đau ngực trở lại. Huyết động thì vẫn ổn định và cô được chỉ định làm ECG 12 chuyển đạo:



Dựa trên những gì mà bạn đã được học, bạn nghĩ gì về ECG này?

Bạn có thể thấy đây là một nhịp tim nhanh phức bộ QRS hẹp ($QRS < 0.12$ giây), cho nên dạng nhịp tim này có nguồn gốc trên thất. Chúng ta không nhìn thấy sóng P rõ đi trước phức bộ QRS ở bất cứ chuyển đạo nào. Tuy nhiên, nhịp tim đều và không thấy sóng F, do đó đây không phải là rung nhĩ hay cuồng nhĩ gì cả. So sánh ECG lúc bệnh nhân nhập viện, bạn có thể thấy ở đây xuất hiện những sóng “S” mờ đi sau phức bộ QRS ở các chuyển đạo phía dưới trong suốt cơn nhịp nhanh (mũi tên màu xanh)



Đây là những sóng S giả (Pseudo S wave) và đây chính là sóng P (khử cực nhĩ) đi sau phức bộ QRS. Thêm vào đó, chúng âm ở các chuyển đạo phía dưới chứng tỏ trục của sóng P hướng ngược lên trên. Dựa trên những dấu hiệu này, bạn có thể dự đoán nguồn gốc phát xung của dạng nhịp tim nhanh này là từ bộ nối. Bạn cũng có thể nhìn thấy hình ảnh của ST chênh xuống (vòng tròn màu đỏ). Đây là hình ảnh ST chênh xuống phụ thuộc tần số (“Rate dependent” ST depression) và nó không phải là do thiếu máu (xem chương 2)

Phức bộ QRS ở đây được đánh dấu bằng mực màu xanh. Liệu có khả năng chúng ta sẽ bị nhầm lẫn sóng S giả (màu đỏ) là một thành phần của phức bộ QRS và từ đó nhầm lẫn phức bộ QRS kéo dài trên 0.12 giây?

Câu trả lời là có? Đây là một lỗi thường gặp và nó nhấn mạnh cho chúng ta 1 điều. Dù sao đi chăng nữa, thì ECG cũng chỉ là một môn học nhận biết các hình ảnh, và việc nhận biết được phụ thuộc vào kinh nghiệm và sự nhầm lẫn từ cái này sang cái kia là hoàn toàn bình thường.



Bác sĩ bệnh phòng đã xác định được các dấu hiệu này. Bác sĩ đã chẩn đoán trường hợp này là nhịp nhanh bộ nối, dựa trên tần số phát xung là 166 lần/phút và những dấu hiệu ở ECG bình thường lúc nhập viện, bác sĩ đã có thể dự đoán về cơ chế bên dưới của nó. Bác sĩ bệnh phòng kết luận đây là một dạng nhịp tim nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất (AV nodal re-entrant tachycardia - AVNRT). Sau đó bác sĩ phân tích lại những hình ảnh trên monitor trước khi cơn nhịp nhanh xuất hiện và đã giúp khẳng định thêm chẩn đoán này. Ở video tiếp theo, chúng ta sẽ thảo luận về ECG này của bệnh nhân và các dấu hiệu trên ECG để hiểu hơn về cơ chế vòng vào lại. AVNRT là dạng nhịp nhanh vòng vào lại trên thất thường gặp nhất.