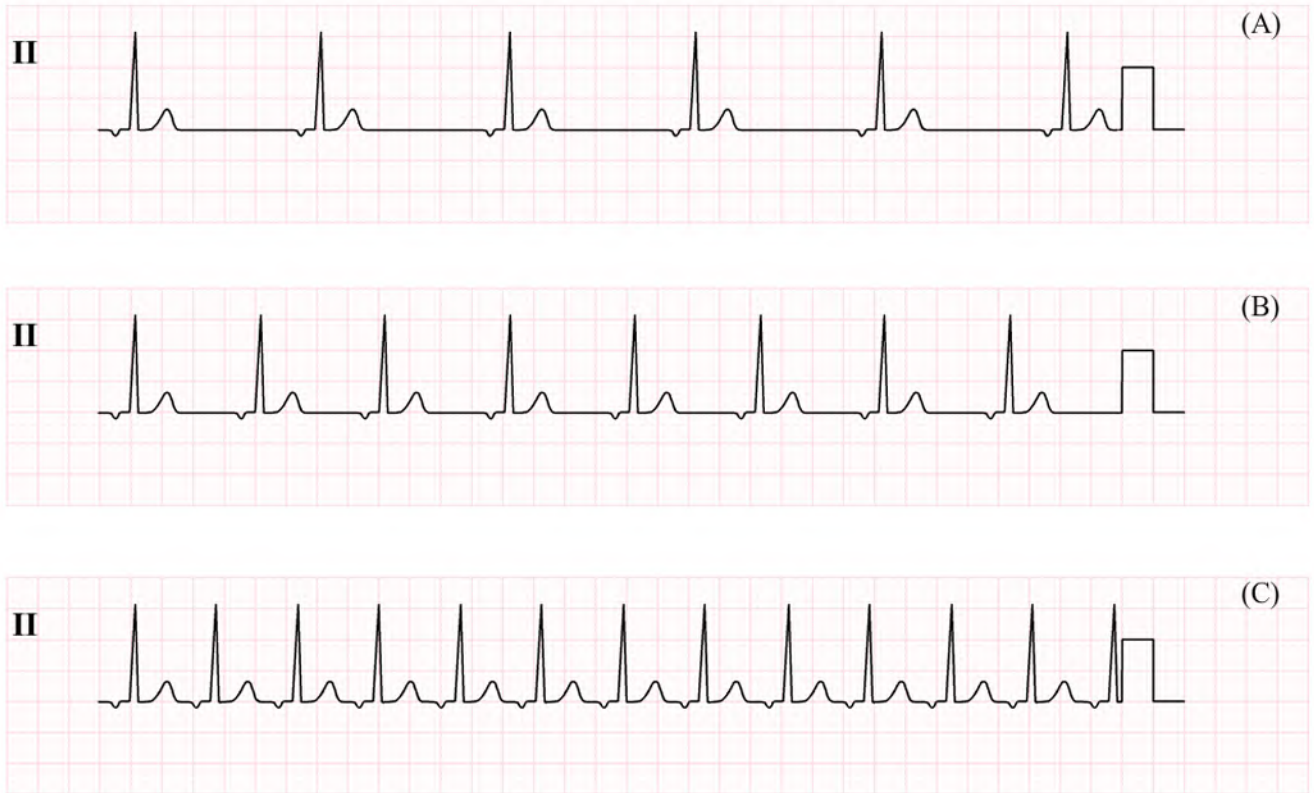


QUIZZ – CHƯƠNG 4

ECGTEACHER.COM

Câu 1

Chúng tôi muốn các bạn hãy cho biết 3 dạng nhịp tim sau đây là loại nhịp gì. Cả 3 ví dụ này chúng tôi đều lấy chuyển đạo II để trình bày cho các bạn. Đây chỉ là một dạng bài tập về danh pháp. Trong thực hành lâm sàng, chúng tôi khuyến khích các bạn phải nhìn kỹ cả 12 chuyển đạo để có thể chẩn đoán được một dạng rối loạn nhịp nhất định (các bạn sẽ thấy ý nghĩa của điều này khi làm các bài tập ở phần block)



Đáp án

a. Phức bộ QRS: hẹp, đều. Trục sóng P: chếch lên trên. Khoảng PR: bình thường. Nhịp tim <60 lần/phút

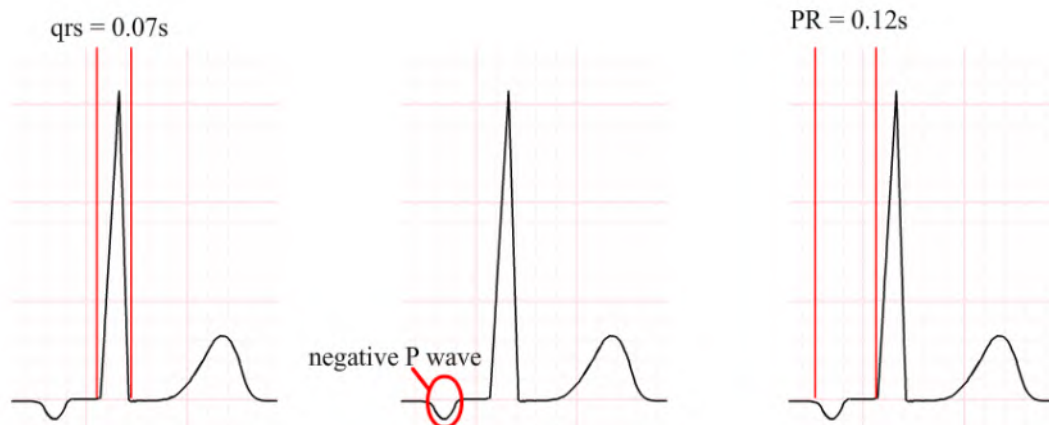
Chẩn đoán: Nhịp thoát nhĩ

b. Phức bộ QRS: hẹp, đều. Trục của sóng P: chếch lên trên. Khoảng PR: bình thường. Nhịp tim: 75 lần/phút

Chẩn đoán: Nhịp nhĩ tăng tốc

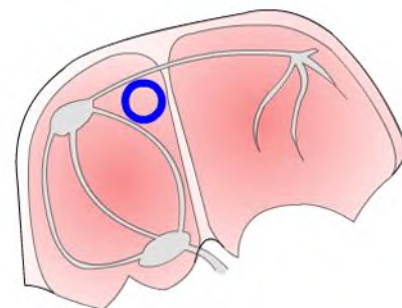
c. Phức bộ QRS: hẹp, đều. Trục của sóng P: chếch lên trên. Phức bộ QRS: bình thường. Nhịp tim: 115 lần/phút.

Chẩn đoán: Nhịp nhanh nhĩ



Trong cả 3 trường hợp đều có phức bộ QRS hẹp (<0.12 giây) chỉ ra nguồn gốc của dạng nhịp này chính là một ổ ở trên thất. Thêm vào đó, nhịp tim ở đây rất đều. Điểm mấu chốt ở những chuyển đạo này đó là sự xuất hiện của sóng P âm ở chuyển đạo II. Do đó, trục của sóng P sẽ hướng từ dưới lên trên, thể hiện một điều rằng quá trình khử cực xuất phát từ một vị trí nào đó bên ngoài nút xoang. Với trục của sóng P hướng từ dưới lên trên như vậy, liệu dạng rối loạn nhịp này có nguồn gốc từ bộ nối hay từ một ổ ở tâm nhĩ? Theo như định nghĩa, nếu sóng P âm đi kèm với một khoảng PR trong giới hạn bình thường (**nghĩa là dẫn truyền trên thất muốn xuống thất phải nghỉ lại 1 chút ở nút nhĩ thất**) thì dạng nhịp này là nhịp nhĩ. Cả 3 ví dụ đều cho thấy nguồn gốc phát xung đều là một ổ nào đó ở tâm nhĩ. Với nhịp tim <60 lần/phút thì người ta chỉ gọi nó là **nhịp thoát nhĩ** (a). Dựa trên tính tự động nội tại của nó, tần số của một ổ phát xung nào đó trên tâm nhĩ thì chỉ <60 lần/phút mà thôi, do đó, nếu như tần số tim từ $60 - 99$ lần/phút, thì người ta gọi đây là **nhịp nhĩ tăng tốc (accelerated atrial rhythm)** (b). Khi nhịp nhĩ tăng lên trên 100 lần/phút, lúc này được gọi là nhịp nhanh nhĩ (ectopic atrial tachycardia) (c).

Nhịp nhanh nhĩ thỉnh thoảng rất khó chẩn đoán trên lâm sàng. Nếu như ổ phát xung nằm ở một vị trí nào đó trên tâm nhĩ sao cho trục của sóng P bị thay đổi thì lúc đó chẩn đoán sẽ rất dễ dàng (như các ví dụ trên). Tuy nhiên các bạn xem xét tình huống sau đây. Ổ phát xung (được ký hiệu bằng vòng tròn màu xanh) nó lại nằm ngay gần vị trí của nút xoang, tức là phía trên cao của tâm nhĩ phải. Quá trình khử cực tâm nhĩ từ ổ phát xung này sẽ có chiều hướng từ trên xuống dưới và từ phải qua trái, cho nên nó sẽ biểu hiện khoảng PR và sóng P hoàn toàn bình thường. Với chỉ một chuyển đạo ECG thì chúng ta không thể nào phân biệt được liệu dạng rối loạn nhịp này xuất phát từ nút xoang hay xuất phát từ tâm nhĩ, rất khó.



Tuy nhiên, có một điều rằng, nếu như quá trình khử cực tâm nhĩ có nguồn gốc từ một ổ ngoại lai nào đó trên tâm nhĩ chứ không phải từ nút xoang, thì con đường khử cực tâm nhĩ sẽ khác đi so với con đường bình thường của xung động từ nút xoang. Do đó, nếu trước đó bệnh nhân có làm 1 ECG rồi với nhịp xoang bình thường rồi (A), thì các bạn nên tham khảo để tìm sự thay đổi hình dáng của sóng P so với

hiện tại (B) để đánh giá liệu nguồn gốc phát xung của sóng P hiện tại có phải là từ một ổ nào đó ở tâm nhĩ hay không. Nếu không có ECG cũ, sóng P ở (B) sẽ được xem là bình thường và việc chẩn đoán nhịp nhĩ là chuyện không thể.



Back



Next

Bạn thấy ECG sau đây của bệnh nhân thể hiện kiểu rối loạn nhịp gì, đây là ECG được lấy từ một bệnh nhân biểu hiện đợt cấp của COPD. Hình B là hình phóng to một đoạn của ECG đó. Bạn nhìn thấy điều gì? Bạn có thể cho biết chuyện gì đang xảy ra hay không?



Scroll to Top

Dạng rối loạn nhịp nhanh này có phức bộ QRS hẹp, cho nên nó phù hợp với một nguồn phát xung từ trên thất. Đây là một dạng rối loạn nhịp “Không đều một cách không đều – irregularly irregular”. Tuy nhiên, đây không phải là rung nhĩ vì bạn có thể nhìn thấy được sóng P rõ ràng đi trước các phức bộ QRS. Sóng P thay đổi hình dáng, khoảng PR cũng thay đổi và thỉnh thoảng sóng P cũng thay đổi luôn cả trục. Đây là một dạng của nhịp nhanh trên thất mà người ta gọi là **nhịp nhanh nhĩ đa ổ (multifocal atrial tachycardia- nhịp MAT)**. Ở bệnh nhân này, tâm nhĩ được khử cực bởi các sóng khử cực xuất phát từ nhiều vị trí khác nhau trên tâm nhĩ. Quá trình khử cực của tâm nhĩ được lan truyền theo nhiều con đường khác nhau từ những vị trí khác nhau, do đó sẽ đến sự thay đổi hình dáng sóng P và trục của sóng P.

Nhịp nhanh nhĩ đa ổ được định nghĩa khi **có ít nhất 3 hình dáng sóng P khác nhau cùng tồn tại trên 1 chuyển đạo điện tâm đồ của 1 bệnh nhân bị rối loạn nhịp nhanh**. Dạng rối loạn nhịp nhanh này thường gặp ở những bệnh nhân bị **đợt cấp của COPD**. Nếu như dạng rối loạn nhịp có ít nhất 3 hình dáng sóng P khác nhau, nhưng không đi kèm với nhịp tim nhanh, thì ta gọi nó là **“nhịp nhĩ lang thang - Wandering atrial pacemaker”**.

Câu hỏi 2:

Như câu hỏi 1, chúng tôi muốn các bạn cho biết 3 rối loạn nhịp ở đây là dạng rối loạn nhịp gì?



Đáp án:

a. Phức bộ QRS: hẹp, đều. Sóng P: biến mất. Trục của sóng P, khoảng PR: không xác định được. Nhịp tim: < 60 lần/phút.

Đáp án: Nhịp thoát bộ nối (junctional escape rhythm)

b. Phức bộ QRS: hẹp, đều. Sóng P: biến mất. Trục của sóng P, khoảng PR: không xác định được. Nhịp tim: 75 lần/phút.

Chẩn đoán: nhịp bộ nối tăng tốc (accelerated junctional rhythm)

c. Phức bộ QRS: hẹp, đều. Sóng P: biến mất. Trục của sóng P, khoảng PR: không xác định được. Nhịp tim: 115 lần/phút

Chẩn đoán: Nhịp nhanh bộ nối (junctional tachycardia)

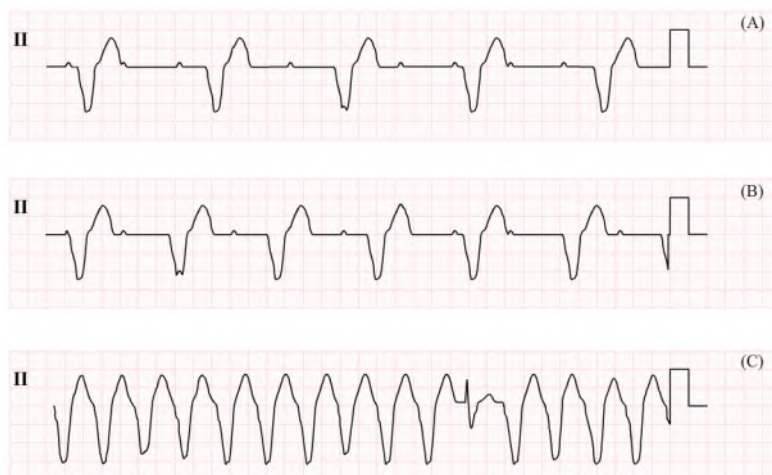
Tất cả 3 ví dụ này đều có phức bộ QRS nằm trong giới hạn bình thường. Mặc dù sóng P không xuất hiện, nhịp tim này vẫn tương đối đều cho nên đây không phải là rung nhĩ. Nhưng chúng ta có thể rút ra một điều sóng P được hình thành từ **dạng rối loạn nhịp đều phức bộ QRS hẹp này** đã bị chôn vùi vào bên trong các phức bộ QRS. Điều này thể hiện quá trình khử cực của tâm nhĩ và thất diễn ra đồng thời. Cho nên có thể biết được nguồn gốc của dạng rối loạn nhịp này là từ bộ nối. Với nhịp tim **< 60 lần/phút (A)** thì người ta gọi là **nhịp thoát bộ nối**. Vì tính tự động của sự phát xung tại bộ nối chỉ < 60 lần/phút. Khi nhịp tim này nằm ở khoảng từ **60 – 99 lần/phút (B)** thì ta gọi là **nhịp bộ nối tăng tốc**. Khi nhịp tim **>100 lần/phút (C)** thì ta gọi là **nhịp nhanh bộ nối**.

Nhịp bộ nối là dạng nhịp đều phức bộ QRS hẹp. Quá trình khử cực tâm nhĩ có nguồn gốc phát xung từ bộ nối được đặc trưng bởi khoảng PR hẹp (<0.12 giây). Thêm vào đó, nếu như quá trình khử cực tâm nhĩ và tâm thất diễn ra đồng thời, thì sóng P có thể sẽ bị chôn vùi vào bên trong phức bộ QRS và từ đó có thể làm biến dạng hình ảnh của phức bộ QRS. Cũng có thể xảy ra khả năng là quá trình khử cực tâm nhĩ đi sau quá trình khử cực tâm thất, trường hợp này sẽ tạo ra một sóng S giả (pseudo S wave) hoặc thậm chí là nó sẽ làm biến dạng hình ảnh sóng T đi theo sau đó. Khi có sóng P xuất hiện trong nhịp bộ nối, chúng sẽ có trục hướng lên phía trên, nghĩa là nó sẽ âm ở các chuyển đạo phía dưới.

Nếu như một tình trạng nhịp nhanh bộ nối xuất phát từ một ổ tăng tính tự động nào đó trong khu vực bộ nối này, nhịp tim sẽ nằm trong khoảng từ 100 – 130 lần/phút. Tuy nhiên, nếu nhịp bộ nối vượt quá 140 lần/phút, chúng ta có thể nghĩ đến cơ chế phát ra dạng rối loạn nhịp này không phải là do một ổ tăng tính tự động ở bộ nối, mà là cơ chế của vòng vào lại (nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất, AVNRT, đã được trình bày ở video). Nhịp tim từ 130 – 140 lần/phút thì nằm trong khoảng tranh tối tranh sáng, và việc chẩn đoán rối loạn nhịp trong trường hợp này phải dựa vào ngữ cảnh lâm sàng

Câu hỏi 3:

Cũng tương tự như câu hỏi 1 và 2



Đáp án:

a. Phức bộ QRS: rộng, đều. Trục sóng P: bình thường. Sóng P: phân ly khỏi phức bộ QRS. Nhịp tim: < 50 lần/phút.

Chẩn đoán: nhịp nội tại thất (idioventricular rhythm)

b. Phức bộ QRS: rộng, đều. Trục sóng P: bình thường. Sóng P: phân ly khỏi phức bộ QRS. Nhịp tim: 56 lần/phút

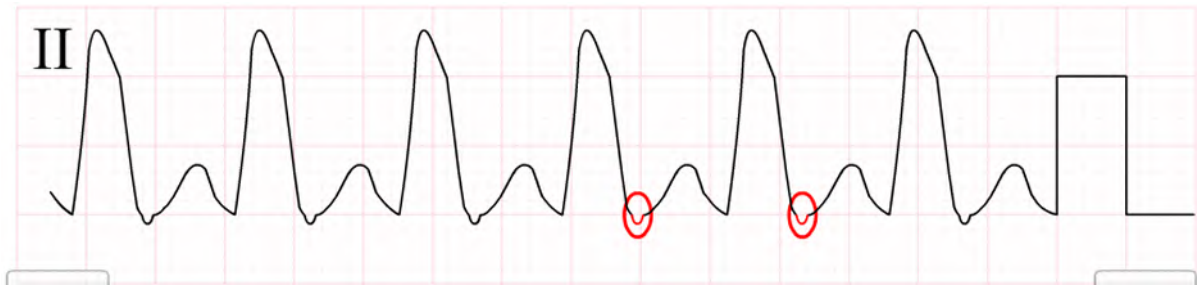
Chẩn đoán: Nhịp nội tại thất tăng tốc (accelerated idioventricular rhythm)

c. Phức bộ QRS: rộng, đều. Trục sóng P: bình thường. Sóng P: phân ly khỏi phức bộ QRS. Nhịp tim: 150 lần/phút.

Chẩn đoán: nhịp nhanh thất (VT)

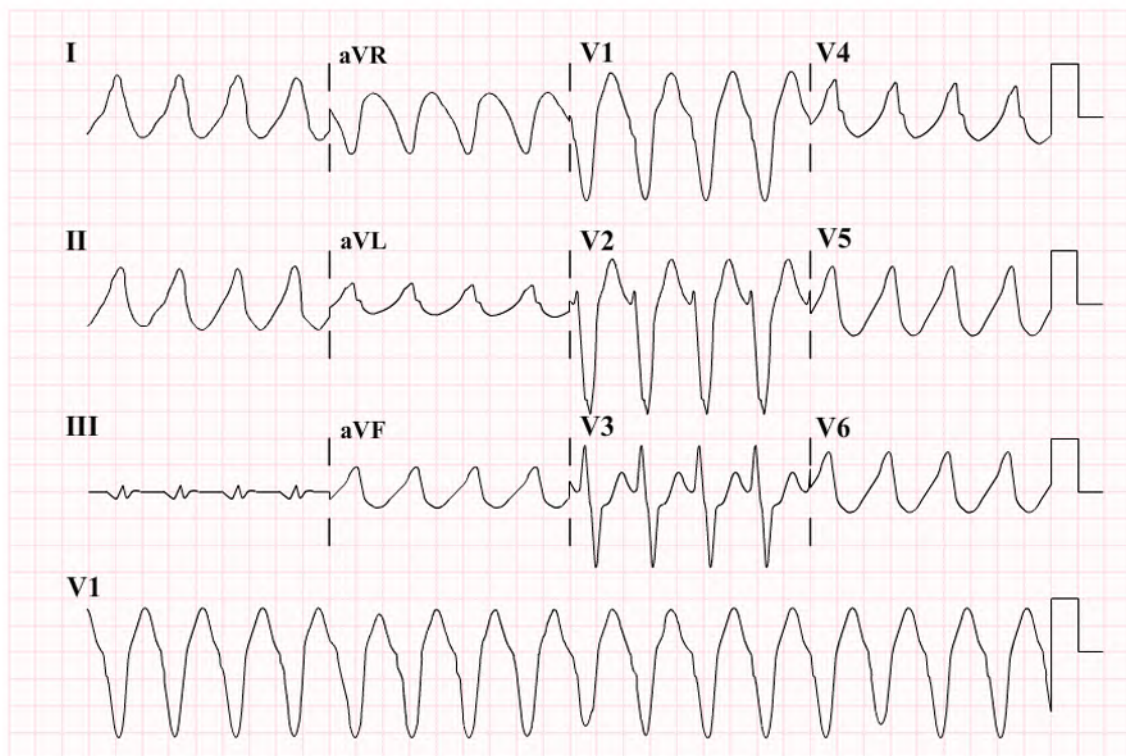
Tất cả 3 ví dụ này đều có phức bộ QRS giãn rộng và nhịp tim đều. Và có bằng chứng rõ ràng của sự phân ly nhĩ thất ở cả 3 chuyển đạo, với sự phân ly sóng P rõ ràng ở (A) và (B) và nhát kết hợp (fusion beat) ở (C). Tất cả 3 dạng nhịp tim này đều có nguồn gốc từ một ổ phát xung nằm phía dưới vị trí chia đôi của bó His. Với nhịp tim < 50 lần/phút (A) thì người ta gọi là **nhịp thoát thất (ventricular escape rhythm)** hoặc **nhịp nội tại thất (idioventricular rhythm)**. Nếu một ổ nằm dưới vị trí chia 2 của bó His phát xung thì nhịp tim thường < 50 lần/phút (chứ không phải 60 như các dạng rối loạn nhịp trên thất). Nếu như nhịp này nằm trong khoảng từ **50 – 99** (B) thì người ta gọi là **nhịp nội tại thất tăng tốc**. Còn **trên 100 lần/phút** thì gọi là **nhịp nhanh thất**.

Mặc dù ít gặp, nhưng cũng có thể xảy ra khả năng xung động phát xung từ một ổ nào đó ở tâm thất có thể sẽ được dẫn truyền ngược lên nhĩ. Trong bối cảnh này, các hình ảnh sóng P được tạo thành từ các tín hiệu dẫn truyền ngược này sẽ có trục hướng lên trên (tức là sóng P âm ở các chuyển đạo phía dưới). Cũng cần chú ý rằng lúc này sẽ có một sự tương quan cố định giữa sóng P đảo ngược và quá trình khử cực tâm thất là phức bộ QRS. Nó khác với sự phân ly nhĩ thất ở phía trên, phân ly nhĩ thất ở trên thì không có mối liên hệ cố định giữa các phức bộ QRS và sóng P, và trục của sóng P hoàn toàn bình thường (dương ở các chuyển đạo phía dưới)



Câu 4

Một bệnh nhân nam 60 tuổi, nhập viện những ngày trước đó, bỗng trở nên mệt mỏi, khó chịu. Ông ta có tiền sử bệnh cơ tim thiếu máu. Dấu hiệu sống thì bình thường nhưng ông ta biểu hiện tình trạng nhịp tim nhanh. Bác sĩ chỉ định làm ECG và đây là ECG của bệnh nhân



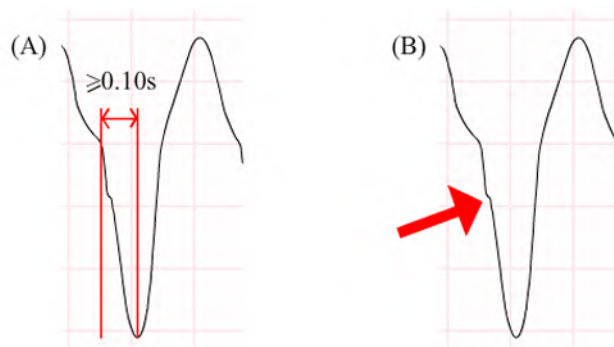
Câu hỏi: dạng rối loạn nhịp của bệnh nhân là dạng rối loạn nhịp gì?

Đáp án:

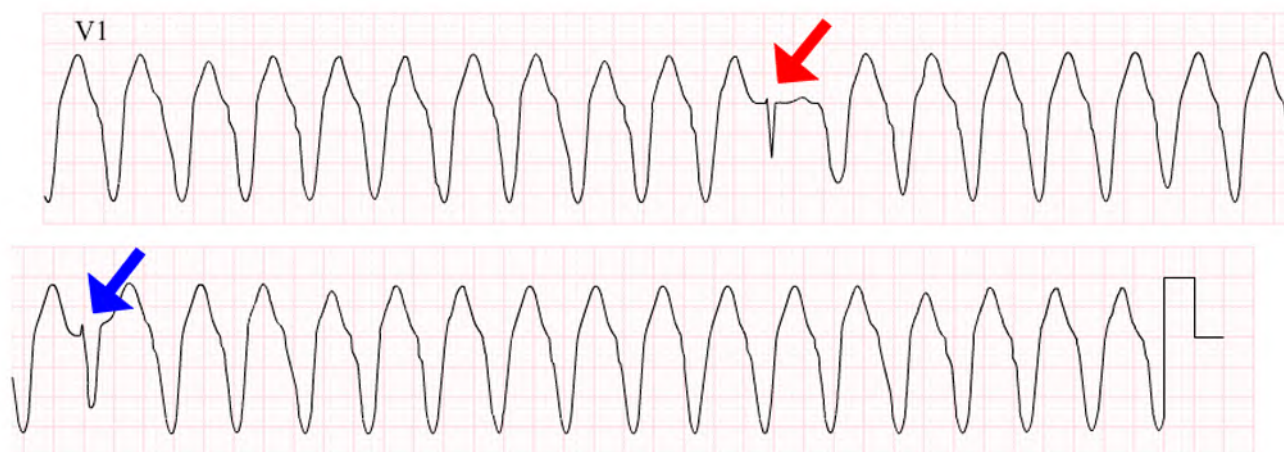
Nhịp nhanh thất đơn hình thái (monomorphic ventricular tachycardia)

Đây là một dạng nhịp tim nhanh phức bộ QRS giãn rộng ($QRS \geq 0.12$ giây). Có khoảng 80% các trường hợp nhịp tim nhanh phức bộ QRS giãn rộng là nhịp nhanh thất. 20% còn lại và những dạng nhịp nhanh trên thất với dẫn truyền lệch hướng dẫn đến phức bộ QRS giãn rộng. Việc chẩn đoán phân biệt nhịp nhanh thất với nhịp nhanh trên thất với dẫn truyền lệch hướng là rất quan trọng trên lâm sàng, đặc biệt ở những trường hợp như bệnh nhân này huyết động ổn

định, vì điều trị chúng là hoàn toàn khác nhau. Có một số đặc điểm có thể giúp chúng ta chẩn đoán phân biệt 2 dạng rối loạn nhịp này. Nếu các phức bộ QRS **giãn rất rộng** và rất đều thì làm tăng khả năng đó là nhịp nhanh thất. Thêm vào đó, đặc biệt là trong trường hợp bệnh nhân này chẳng hạn, cũng có thêm một số dấu hiệu khác có thể giúp chúng ta chẩn đoán phân biệt nhưng chúng tôi chưa cung cấp cho các bạn ở các video. Như được trình bày ở hình (A), nếu như thời gian từ lúc bắt đầu phức bộ QRS đến điểm sâu nhất của sóng S ≥ 0.10 giây, như trong trường hợp của chúng ta, thì nghĩ nhiều đến nhịp nhanh thất. Dấu hiệu này người ta gọi là **dấu hiệu Brugada**. Thêm vào đó ở (B), trong trường hợp nhịp tim nhanh phức bộ QRS giãn rộng, nếu như trên sóng S ở các chuyển đạo đánh giá vách liên thất (V1 và V2), nếu có 1 cái khuyết (mũi tên) ở đoạn đi xuống của sóng S, thì đây là một đặc trưng của nhịp nhanh thất (người ta gọi đây là **dấu Josephsen**, mũi tên).



Trước khi điều trị bệnh nhân này, bác sĩ điều trị xem lại hồ sơ bệnh án của bệnh nhân và phát hiện thấy lúc nhập viện điện tim của bệnh nhân hoàn toàn bình thường với nhịp xoang và hầu như không có rối loạn gì về quá trình dẫn truyền trong thất, và xét nghiệm điện giải đồ sáng hôm đó cũng hoàn toàn bình thường (xem chương 5). Cho nên, bác sĩ yêu cầu làm một đoạn ECG dài hơn để có thể đánh giá kỹ hơn bệnh nhân. Chú ý là bác sĩ chỉ được phép làm điều này nếu như huyết động của bệnh nhân ổn định, nếu không thì bệnh nhân phải được shock điện khẩn ngay lập tức. Và đoạn ECG dài hơn đó được trình bày sau đây:



Câu hỏi 1: Bản chất của hoạt động điện thế ở mũi tên đỏ là gì?

Câu hỏi 2: Bản chất của hoạt động điện thế ở mũi tên màu xanh là gì?

Câu hỏi 3: Những hoạt động điện thế này cho thấy điều gì?

Câu hỏi 4: Điều này làm tăng hay giảm sự tự tin của bạn trong chẩn đoán nhịp nhanh thất?

Đáp án:

Câu 1: Nhát bắt được thất (capture beat)

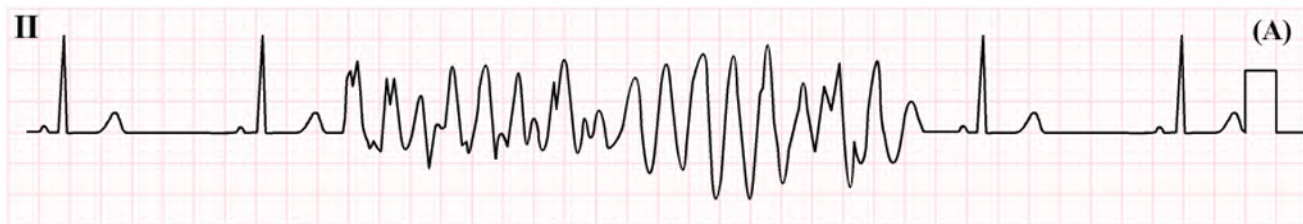
Câu 2: Nhát kết hợp (fusion beat)

Câu 3: Phân ly nhĩ thất.

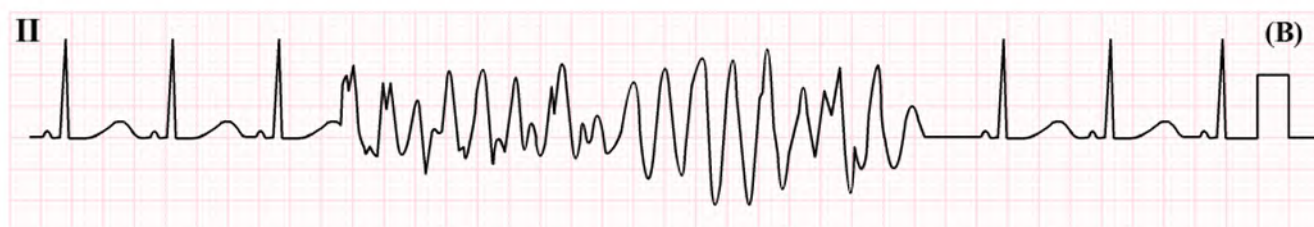
Câu 4: Sự xuất hiện của phân ly nhĩ thất làm tăng rất nhiều sự tự tin trong việc chẩn đoán nhịp nhanh thất khi đối mặt với một trường hợp nhịp tim nhanh phức bộ QRS giãn rộng. Phân ly nhĩ thất xuất hiện ở khoảng 50% trường hợp nhịp nhanh thất.

MỘT SỐ DẠNG CỦA NHỊP NHANH THẤT

Ở ví dụ về nhịp nhanh thất mà chúng tôi trình bày trên đây cho các bạn, các phức bộ QRS có hình dáng hầu như đồng nhất ở cùng 1 chuyển đạo đó. Điều này thể hiện một điều là quá trình khử cực của tâm thất xuất phát từ **một ổ duy nhất** nằm dưới vị trí chia đôi của bó His và quá trình khử cực của tâm thất được dẫn truyền theo một con đường cố định (chu trình hoạt hóa tâm thất cố định). Trường hợp này người ta gọi là **nhịp nhanh thất đơn hình thái (hoặc đơn ổ, 1 ổ)**. Nếu như quá trình lan truyền sóng khử cực của tâm thất thay đổi, tức là có nhiều vị trí trên tâm thất thay nhau phát xung để khử cực tâm thất, lúc đó trục và hình dáng của phức bộ QRS giãn rộng sẽ thay đổi trên cùng một chuyển đạo. Lúc đó ta gọi là **nhịp nhanh thất đa ổ, hoặc đa hình thái (polymorphic VT)**



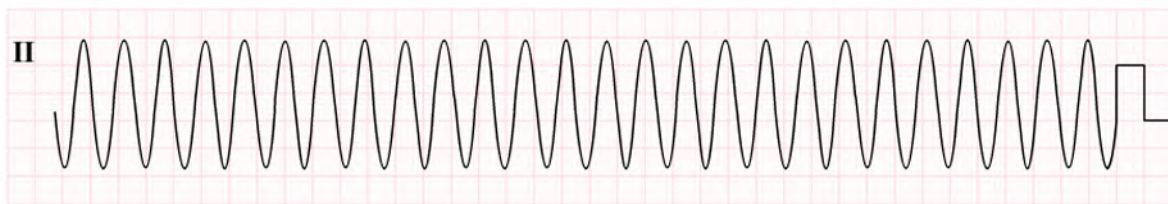
(A) Đây là một ví dụ về nhịp nhanh thất đa hình thái (Polymorphic ventricular tachycardia). Không giống như nhịp nhanh thất đơn hình thái, trong nhịp nhanh thất đa hình thái, hình dáng và trục của các phức bộ QRS sẽ thay đổi. Nhịp nhanh thất đa hình thái thường gặp trong một số tình huống của thiếu máu cơ tim. Cần chú ý rằng như trong trường hợp này, nhịp nhanh thất đa hình thái thường đi sau một khoảng nhịp chậm hoặc block AV (xem chương 5). Cũng cần chú ý nữa là, trong ví dụ này của nhịp nhanh thất đa hình thái, QTc ở các phức bộ đi trước đó là hoàn toàn bình thường.



(B) dạng rối loạn nhịp được trình bày ở ví dụ này là một dạng rất đặc hiệu của nhịp nhanh thất đa hình thái gọi là Xoắn đỉnh “Torsade de pointe”. Chắc các bạn cũng nhìn thấy điều mà tôi nhìn thấy, đó là hình như đoạn ECG nhịp nhanh ở ví dụ B này giống y như ví dụ A. Thật sự là như vậy, nó chỉ khác ở 2 đầu mà thôi, và đó chính là mấu chốt của vấn đề. Một cơn nhịp nhanh thất đa hình thái được gọi là xoắn đỉnh nếu nó đi kèm với hội chứng QT kéo dài. Do đó, một cơn nhịp tim nhanh phức bộ QRS giãn rộng, các bạn muốn chẩn đoán là xoắn đỉnh thì các bạn phải chứng minh cho được sự tồn tại của QT kéo dài (ví dụ B này). Điều này thường dễ thực hiện, như trong ví dụ này, vì xoắn đỉnh thường xuất hiện theo từng cơn, nên giữa các cơn các bạn hoàn toàn có thể tính được khoảng QTc. Và không nhất thiết phải có hình ảnh các nhịp tim nhảy múa xung quanh 1 trục thì mới gọi là xoắn đỉnh, mà chỉ cần nhịp nhanh thất đa hình thái đi kèm với QTc kéo dài thì phải luôn nghĩ đến xoắn đỉnh.

Xoắn đỉnh là dạng rối loạn nhịp rất được thầy cô yêu thích. Vì list nguyên nhân gây ra nó rất dài, bao gồm: thuốc, đặc biệt là các loại thuốc chống loạn thần (haloperidol) và các loại thuốc chống loạn nhịp (xem phần quiz chương 1, câu hỏi số 7), tình trạng chậm nhịp tim bao gồm cả AV block (Xem chương 5), hội chứng QT kéo dài bẩm sinh, thiếu máu/nhồi máu cơ tim, các bệnh lý ở nội sọ, và chán ăn.

Rung thất: một dạng biến thể cuối cùng



Nhìn nhịp tim này trông có vẻ đẹp và đều. Nhịp tim này thay đổi từ 150 – 250 lần/phút (hiếm khi trên 250 lần/phút). Nếu ở tốc độ cao hơn (trên 200) thì rất khó để ta có thể phân biệt được các phức bộ QRS và sóng T. Cho nên, một nhịp tim nhanh như thế này, người ta gọi bằng một thuật ngữ **“Cuồng thất – Ventricular flutter”**

Câu hỏi số 5



Câu hỏi: Cái gì thể hiện ở đầu mũi tên?

Đáp án:



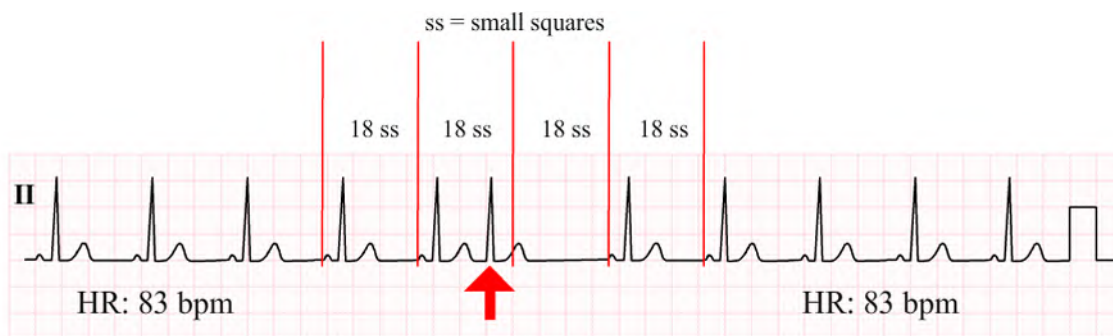
Mũi tên màu đỏ là một ngoại tâm thu nhĩ (Premature atrial contraction – PAC). Nó là một nhịp phức bộ QRS hẹp và nó đến sớm hơn nhịp xoang được dự đoán tiếp theo. Không phải lúc nào bạn cũng có thể xác định được sóng P liên quan đến ngoại tâm thu nhĩ. Tuy nhiên, trong trường hợp này, các bạn chú ý sự thay đổi của hình dáng sóng T đi trước ngoại tâm thu với các sóng P còn lại của toàn bộ các chuyển đạo. Nó cao hơn đáng kể so với những chuyển đạo còn lại, và sự biến đổi hình dáng của sóng T như thế này là do có sóng P chôn vùi vào bên trong nó (nhát kết hợp – Fusion event). Thật vậy, như một quy luật, việc xác định sự biến đổi hình dáng của sóng T là cách tốt nhất để tìm hình ảnh của sóng P bị ẩn. Cũng

phù hợp với ngoại tâm thu nhĩ, đó là đi theo sau nó là một khoảng nghỉ không bù (non – compensatory pause – dạng khoảng nghỉ không bù này được giải thích kỹ trong video), Các bạn chú ý rằng có nhiều hơn 1 ngoại tâm thu trong chuyển đạo này (mũi tên màu xanh). Tuy nhiên, nó cũng không có nhiều giá trị trên lâm sàng. Cũng chú ý thêm là khoảng cách giữa sóng R của ngoại tâm thu và sóng R ngay trước nó (được biểu thị bằng 2 gạch đỏ) là bằng nhau ở cả 2 ngoại tâm thu. Người ta gọi đây là “khoảng kếp – coupling interval” và ở một bệnh nhân cụ thể với **nhieu ngoại tâm thu nhĩ** hoặc **ngoại tâm thu thất 1 ổ**, thì khoảng này thường cố định.

Một ngoại tâm thu cũng có thể xuất phát từ vị trí bộ nối. Dĩ nhiên, ngoại tâm thu xuất phát từ bộ nối thì có khoảng QRS có giá trị hoàn toàn bình thường. Nếu sóng P được nhìn thấy, thì nó có thể xuất hiện trước phức bộ QRS, bị chôn vùi, hoặc đi sau phức bộ QRS. Và dĩ nhiên là nó sẽ âm ở các chuyển đạo phía dưới. Tuy nhiên, một hiện tượng cũng thường gặp đó là **xung động phát xung từ bộ nối sẽ không khử cực được tâm nhĩ (tức là hoàn toàn không có sóng P chứ không phải là sóng P đã bị chôn vùi vào QRS)**. Nhìn vào ví dụ dưới đây, các bạn có thể thấy được các dấu hiệu của điều tôi vừa nói không?



Đáp án:



SS: small square: ô nhỏ. HR: Heart rate – nhịp tim

Các bạn nhìn kỹ vào mũi tên màu đỏ của một ngoại tâm thu, dĩ nhiên ở đây sẽ có bằng chứng cho thấy ngoại tâm thu này không khử cực được tâm nhĩ, nếu chứng minh được điều này thì chỉ ra rằng ngoại tâm thu phức bộ QRS hẹp này có nguồn gốc từ bộ nối. Trước hết, các bạn nhận thấy ta không tìm thấy được hoạt động của sóng P trong ngoại tâm thu này, tuy nhiên, chúng ta biết rằng nhìn không thấy không có nghĩa là không có, và vẫn chưa loại trừ được đây là ngoại tâm thu nhĩ hay ngoại tâm thu bộ nối. Vấn đề mấu chốt và bạn hãy nhìn vào khoảng nghỉ ngay sau ngoại tâm thu này, đây là một khoảng nghỉ “có bù – compensatory” (nếu bạn vẫn chưa nắm rõ về compensatory và non – compensatory thì hãy nghe lại video). Nhịp tim sau khi có ngoại tâm thu là giống hoàn toàn với nhịp tim đi trước nó, và

sóng P đi sau ngoại tâm thu xuất hiện đúng vị trí của nó như mong đợi, tức là bội số của khoảng PP đi trước đó (đường gạch màu đỏ). Khoảng nghỉ có bù này chỉ ra rằng tâm nhĩ có lẽ đã không được khử cực bởi ổ phát xung gây ra ngoại tâm thu và nút xoang đã không bị “cài đặt lại – reset” sau ngoại tâm thu. Sự xuất hiện của một khoảng nghỉ **có bù** (Compensatory) sau một ngoại tâm thu phức bộ QRS hẹp thì gợi ý cao rằng ngoại tâm thu này xuất phát từ bộ nối (**ngoại tâm thu bộ nối**). Và không giống như ngoại tâm thu nhĩ và ngoại tâm thu thất 1 ổ, ở những bệnh nhân với nhiều ngoại tâm thu bộ nối, khoảng kếp (coupling interval) thường không cố định.

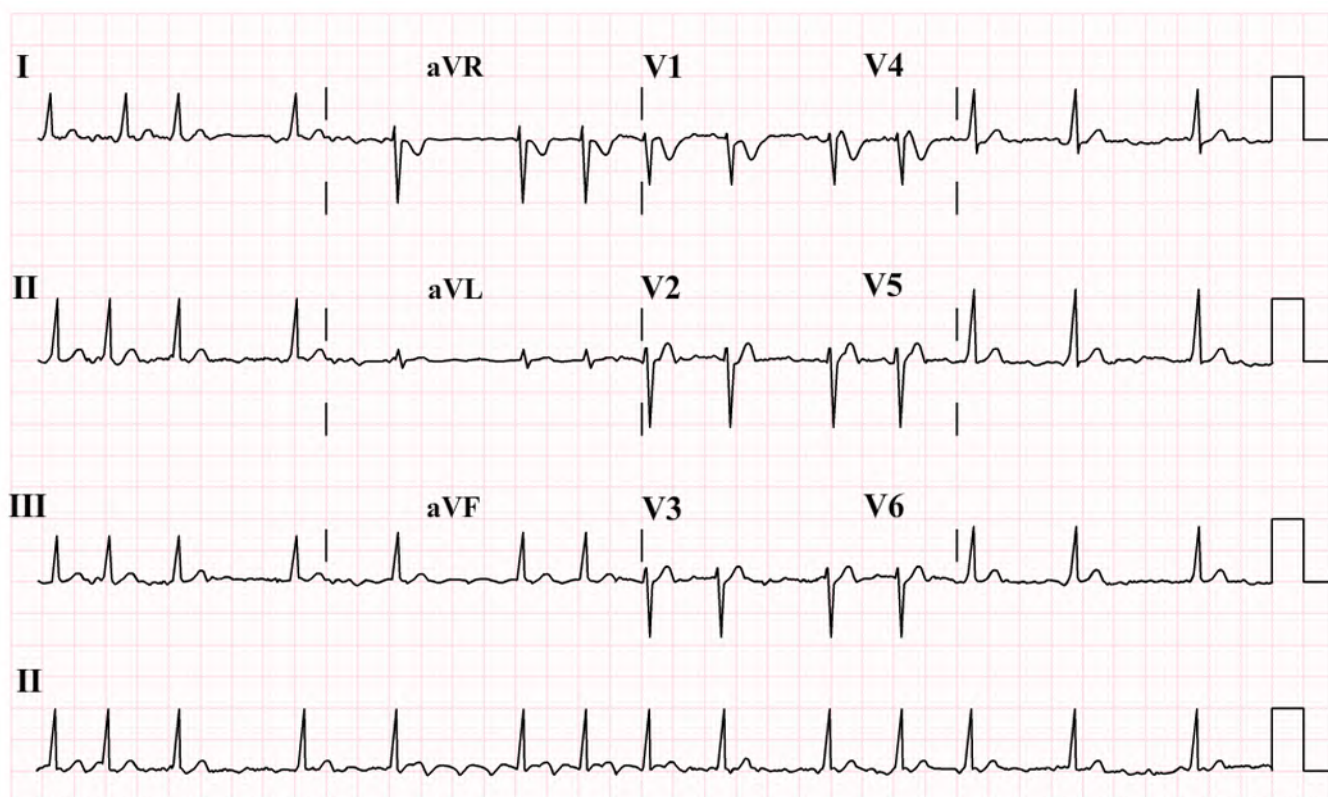
Lưu ý: Có thể lý thuyết về khoảng nghỉ còn bù (compensatory) và khoảng nghỉ không bù “non – compensatory”, và cài đặt lại – reset nút xoang sẽ hơi khó hiểu đối với các bạn, nếu vậy các bạn hãy nghe lại video một lần nữa, rồi đọc lại ví dụ này, tôi nghĩ nó sẽ giúp ích nhiều.

Cũng có khả năng các ngoại tâm thu này xuất hiện với một sự đều đặn đáng kể như được trình bày ở ví dụ dưới đây (A), tất cả các nhịp xoang đều đi theo sau đó là một ngoại tâm thu thất 1 ổ (phức bộ QRS giãn) (unifocal ventricular ectopic). Người ta gọi đây bằng một thuật ngữ là **ventricular bigeminy – ngoại tâm thu thất nhịp đôi**. Còn nếu cứ 2 nhịp xoang thì có 1 ngoại tâm thu (B) thì người ta gọi là **ngoại tâm thu thất nhịp 3 (trigeminy)**, tức là cứ 3 nhịp thì có 1 ngoại tâm thu, cũng có nhịp 4, nhịp 5... Cần chú ý một điều là, nếu như ngoại tâm thu thất xuất phát từ 1 ổ duy nhất, như ví dụ được trình bày ở đây, thì **khoảng kếp – coupling interval hầu như cố định**, nhưng nếu như ngoại tâm thu thất nhịp đôi có nguồn gốc đa ổ, thì khoảng kếp sẽ thay đổi. Tương tự như đối với các ngoại tâm thu trên thất ta cũng có các thuật ngữ nhịp đôi, nhịp 3... Những dạng rối loạn nhịp như thế này thường lành tính.



Câu 6

Một bệnh nhân nữ 57 tuổi nhập viện vì viêm phế quản phổi. Đây là ECG của bà ấy

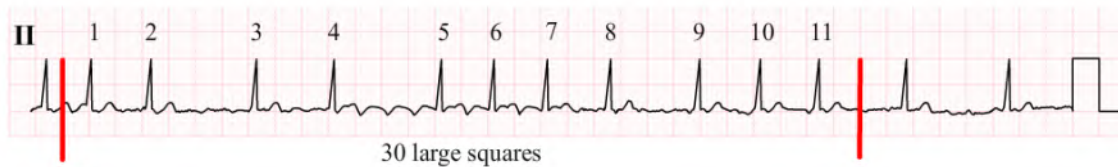


Câu hỏi: bạn nhìn thấy dạng rối loạn nhịp gì?

Đáp án:

Rung nhĩ (có thể có đi kèm 1 đoạn cuồng nhĩ)

Nhịp tim ở đây là “Không đều một cách không đều – irregularly irregular” với phức bộ QRS hẹp và không tìm thấy hoạt động của sóng P (nhưng hãy nhìn kỹ đoạn phía dưới khi chúng tôi phóng to hình ảnh lên). Với 11 sóng R trong 30 ô vuông lớn (6 giây), nhịp tim trong trường hợp này là $11 \times 10 = 110$ lần/phút.



Đây là đoạn mà chúng tôi phóng to lên



Hãy nhìn kỹ vào đoạn ECG mà chúng tôi phóng to lên ở trên. Rõ ràng ở đoạn này các bạn sẽ thấy các dấu hiệu của sóng F với các sóng tương đối ổn định, 1 hình dáng, và thể hiện nhịp vào khoảng 300 lần/phút (các mũi tên, nhịp nhĩ). Sự dẫn truyền xuống thất của những sóng cuồng nhĩ này thay đổi, thể hiện một điều có một sự rối loạn nào đó trong chức năng của nút nhĩ thất. Cuồng nhĩ và rung nhĩ có những yếu tố khởi phát rất tương tự nhau, và cũng không phải là không phổ biến khi bạn thấy chúng xuất hiện cùng nhau trên cùng 1 bệnh nhân