

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIỂM GẶP ĐỒNG MẮC HỘI CHỨNG WOLFF-PARKINSON-WHITE VÀ HẸP EO ĐỘNG MẠCH CHỦ

BS. TRẦN QUỐC BẢO

CÁN BỘ HƯỚNG DẪN: TS. BS HỒ ANH BÌNH

Khoa Cấp cứu Tim mạch Can thiệp - Bệnh viện Trung Ương Huế

NỘI DUNG

1. GIỚI THIỆU CHUNG
2. CA LÂM SÀNG
3. KẾT LUẬN

GIỚI THIỆU CHUNG

- Hội chứng Wolff-Parkinson-White (WPW) là một hội chứng **tiền kích thích bẩm sinh về hệ thống dẫn truyền tim** bao gồm tồn tại một hoặc nhiều hơn **đường dẫn truyền phụ nhĩ thất** có thể dẫn đến sự bất thường trong hoạt động điện học của quả tim => rối loạn nhịp có triệu chứng và có thể đe dọa tính mạng
- Điện tâm đồ: khi nhịp xoang là khoảng PR ngắn và phức bộ QRS dẫn rộng tại vị trí bắt đầu của phức bộ QRS - còn được gọi là sóng delta
- Có 2 dạng ECG của hội chứng WPW: loại A (sóng delta dương ở tất cả các chuyển đạo trước tim) và loại B (sóng delta âm ở V1 và V2)
- Điều trị hội chứng WPW tùy thuộc vào tình trạng huyết động, kiểm soát bằng thuốc hoặc triệt đốt đường phụ bằng điện sinh lý

Wolff, L., J. Parkinson, and P.D. White, *Bundle-branch block with short P-R interval in healthy young people prone to paroxysmal tachycardia*. 1930. Ann Noninvasive Electrocardiol, 2006. 11(4): p. 340-53.

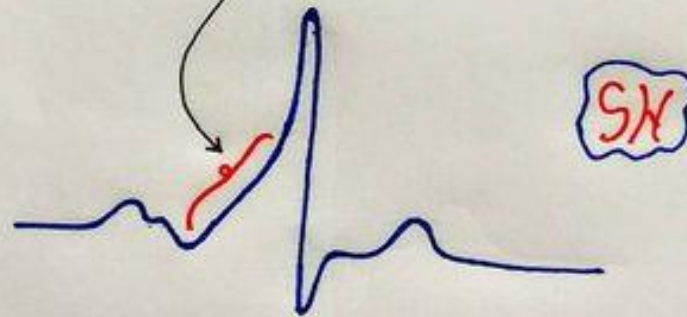
Brugada, J., et al., 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J, 2020. 41(5): p. 655-720.

WPW syndrome

W = Wide QRS complex.

P = PR-interval short (< 0.12 sec).

W = Wave → Delta wave.



GIỚI THIỆU CHUNG

- Hẹp eo động mạch chủ là tình trạng hẹp động mạch chủ ngay tại vị trí đoạn eo động mạch chủ, đây là dạng gặp chủ yếu trong các trường hợp hẹp mạch chủ.
- Là một trong các nguyên nhân dẫn đến tăng huyết áp ở trẻ em, về lâu dài dẫn đến suy tim, bệnh mạch vành sớm, phình động mạch chủ.
- Chỉ định can thiệp được chấp nhận rộng rãi nhất ở trẻ em và người lớn là sự hiện diện của tăng huyết áp động mạch hệ thống, với chênh lệch huyết áp tâm thu ở chi trên và chi dưới ≥ 20 mmHg.
- Nguyên tắc điều trị cần phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch để giải quyết chỗ hẹp

Yetman, A.T., et al., *Clinical and Echocardiographic Prevalence and Detection of Congenital and Acquired Cardiac Abnormalities in Girls and Women with the Turner Syndrome*. Am J Cardiol, 2018. **122**(2): p. 327-330.

Forbes, T.J. and S.T. Gowda, *Intravascular stent therapy for coarctation of the aorta*. Methodist DeBakey Cardiovasc J, 2014. **10**(2): p. 82-7.

 **PRESSURE**

- Headache
- Saccular aneurysms
- EVA
- Coronary diseases
- HSA



 **PRESSURE**

- ↓ perfusion of the renal
- Claudications in the legs
- ↓ pulses in the inferior limbs

GIỚI THIỆU CHUNG

- Cho đến nay, có rất ít các báo cáo ghi nhận về tình trạng xuất hiện đồng thời của hội chứng WPW và hẹp eo động mạch chủ. Tác giả Jerome W. Bodlander vào năm 1946 ghi nhận một trường hợp trẻ sơ sinh nam 14 tuần với hội chứng WPW cùng với hẹp eo động mạch chủ
- Năm 1966, tác giả Annamalai và cộng sự cũng ghi nhận trường hợp hội chứng WPW loại A không liên tục ở bệnh nhân hẹp eo động mạch chủ. Tuy nhiên những năm sau đó, rất ít khi ghi nhận thêm các báo cáo về hai bệnh này cũng như các hướng dẫn điều trị.
- Do đó, chúng tôi xin trân trọng chia sẻ một trường hợp lâm sàng hiếm gặp về hội chứng WPW xuất hiện đồng thời cùng hẹp eo động mạch chủ và kinh nghiệm điều trị của chúng tôi.



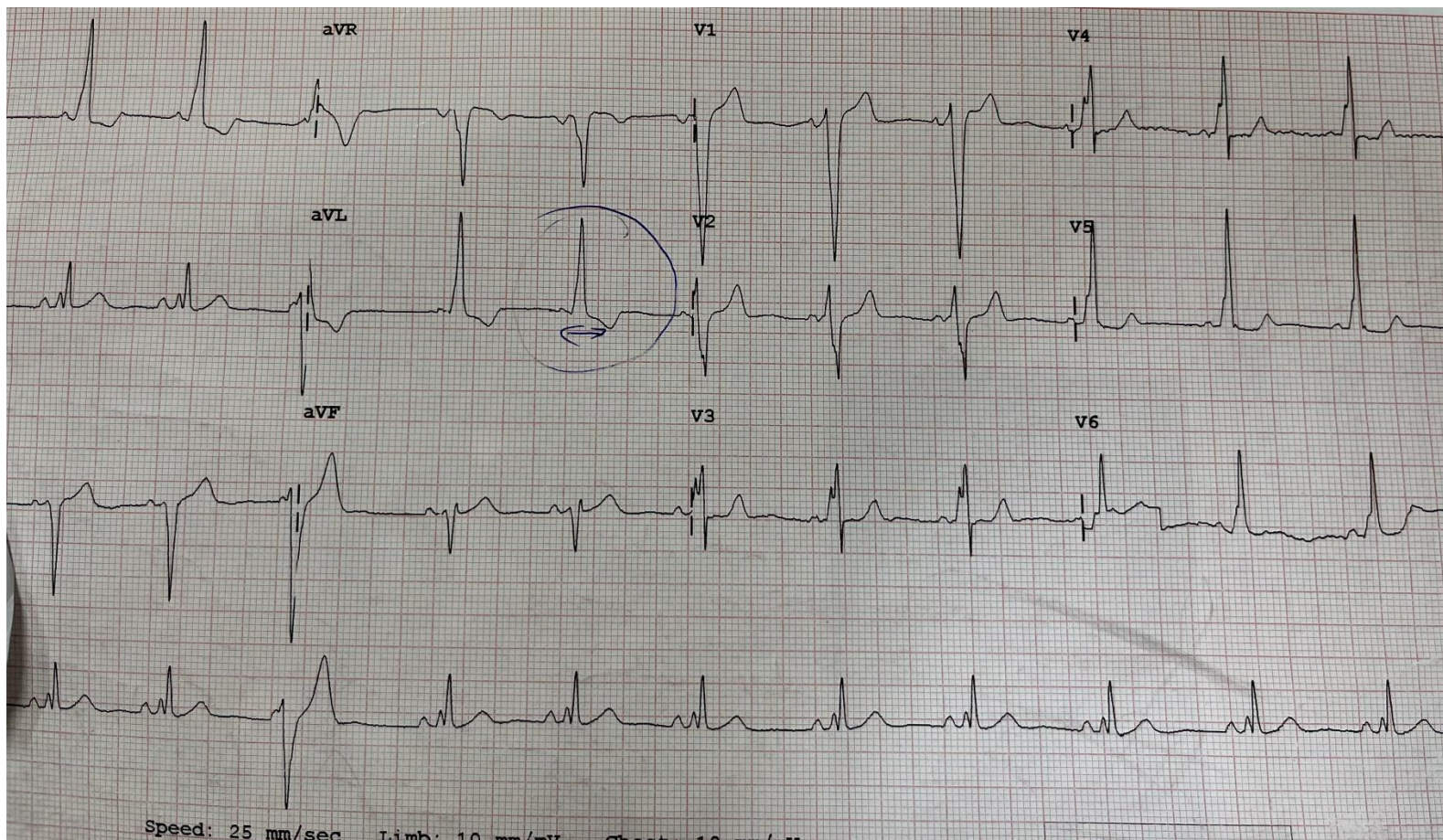
CA LÂM SÀNG

- Bệnh nhân nữ 19 tuổi, tiền sử tăng huyết áp phát hiện 2 năm điều trị thường xuyên và nhiều lần nhập viện vì hồi hộp và khó thở, khởi phát bệnh với tình trạng hồi hộp, đánh trống ngực sau đó được đưa vào Bệnh viện Trung Ương Huế điều trị.
- Qua thăm khám phát hiện huyết áp chi trên 160/90 mmHg, huyết áp chi dưới 70/40 mmHg, mạch 110 lần/phút, nhịp tim đều rõ, ghi nhận động mạch bẹn bất yếu cả 2 bên.
- Các kết quả xét nghiệm về sinh hóa máu và công thức máu trong giới hạn bình thường.

CA LÂM SÀNG

- Điện tâm đồ (ECG) ghi nhận nhịp xoang, khoảng PR ngắn, sóng delta âm ở V1 và V2
- Siêu âm tim ghi nhận eo động mạch chủ ẹp nặng với gradient qua vị trí hẹp max 70 mmHg, vị trí hẹp kích thước 4,5 mm, đoạn sau vị trí hẹp, động mạch chủ giãn rõ, chức năng tim EF 64%.
- CT scan động mạch chủ ngực ghi nhận động mạch chủ ngực đoạn xuống phía dưới chỗ chia động mạch cảnh trong bên trái

ĐIỆN TÂM ĐỒ



Điện tâm đồ bệnh nhân lúc nhập viện: Nhịp xoang tần số 73 lần/phút, khoảng PR ngắn, sóng delta âm ở V1

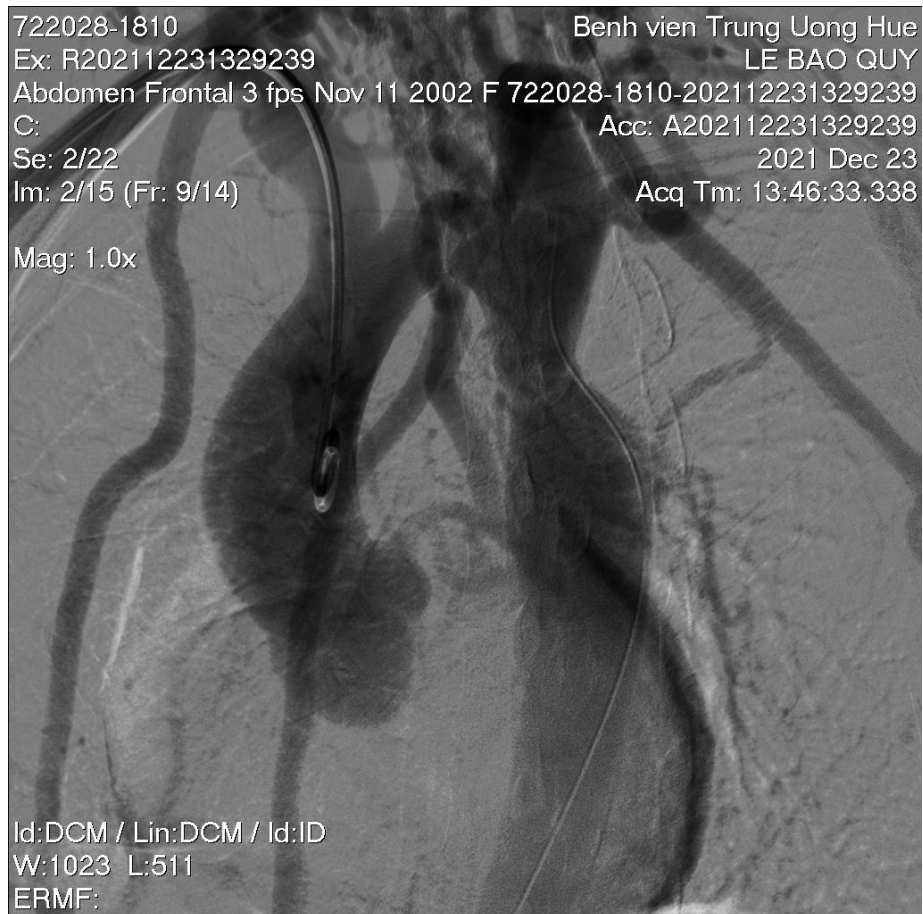
CT SCAN ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC



CA LÂM SÀNG

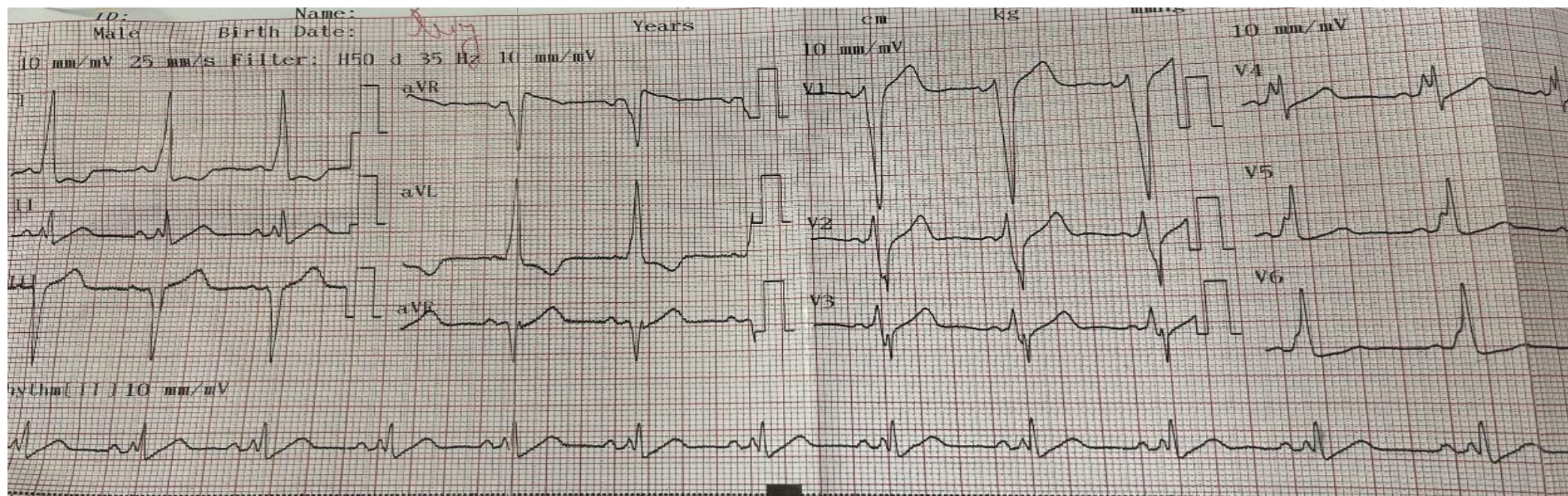
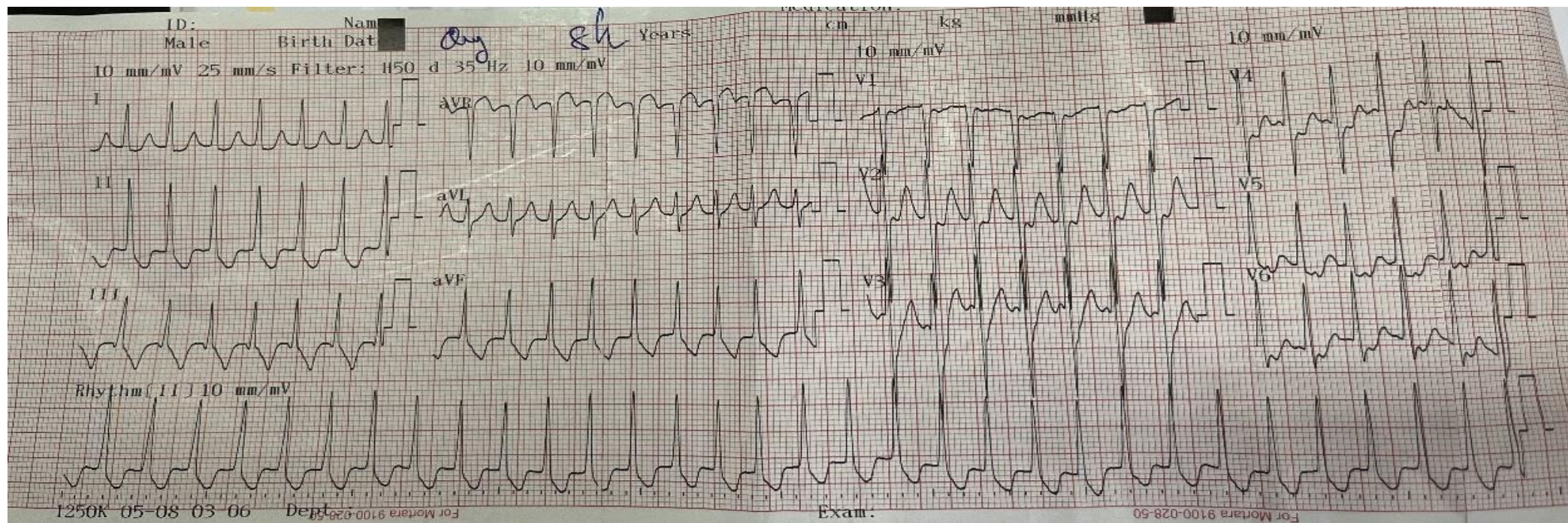
- Chẩn đoán: Tăng huyết áp thứ phát do hẹp eo động mạch chủ nặng / Hội chứng Wolff-Parkinson-White loại B được điều trị với Perindopril 5mg/ngày.
- Chúng tôi tiến hành can thiệp nội mạch động mạch chủ ngực cho bệnh nhân: chọc một động mạch quay phải và động mạch đùi phải bằng dụng cụ mở mạch máu Perclose ProGlide
- Sau đó đưa pigtail lên gốc động mạch chủ đo áp lực trước can thiệp, động mạch chủ lên (qua đường động mạch quay phải) ghi nhận 140/100/113 mmHg, động mạch chủ bụng (qua đường động mạch đùi phải) ghi nhận 80/50/60 mmHg, như vậy gradient qua chỗ hẹp khoảng 60 mmHg.
- Chúng tôi tiến hành đặt stent Begraft 18 x 38 x 10 atm (khoảng 18,8 mm). Sau đó chúng tôi chụp lại kiểm tra ghi nhận stent đúng vị trí chỗ hẹp, tiến hành đo áp lực sau can thiệp ghi nhận động mạch chủ lên 140/100/113 mmHg, động mạch chủ bụng 134/96/109 mmHg, gradient qua chỗ hẹp 6 mmHg

Hình ảnh chụp hẹp eo động mạch chủ dưới màn hình tăng sáng trước và sau can thiệp đặt stent hẹp eo động mạch chủ



CA LÂM SÀNG

- Sau khi can thiệp đặt stent eo động mạch chủ 3 ngày, bệnh nhân đột ngột van hồi hộp, đánh trống ngực, huyết áp ghi nhận được 130/70 mmHg, ECG ghi nhận nhịp nhanh kịch phát trên thất.
- Chúng tôi tiến hành nghiệm pháp cường phế vị nhưng không cắt được cơn, kế tiếp sau đó dùng Adenosine 6 mg tiêm tĩnh mạch nhanh, nhưng vẫn không cắt được cơn, khi tăng liều Adenosine 12 mg thì mới cắt được cơn, ECG ghi nhận sau khi cắt cơn.

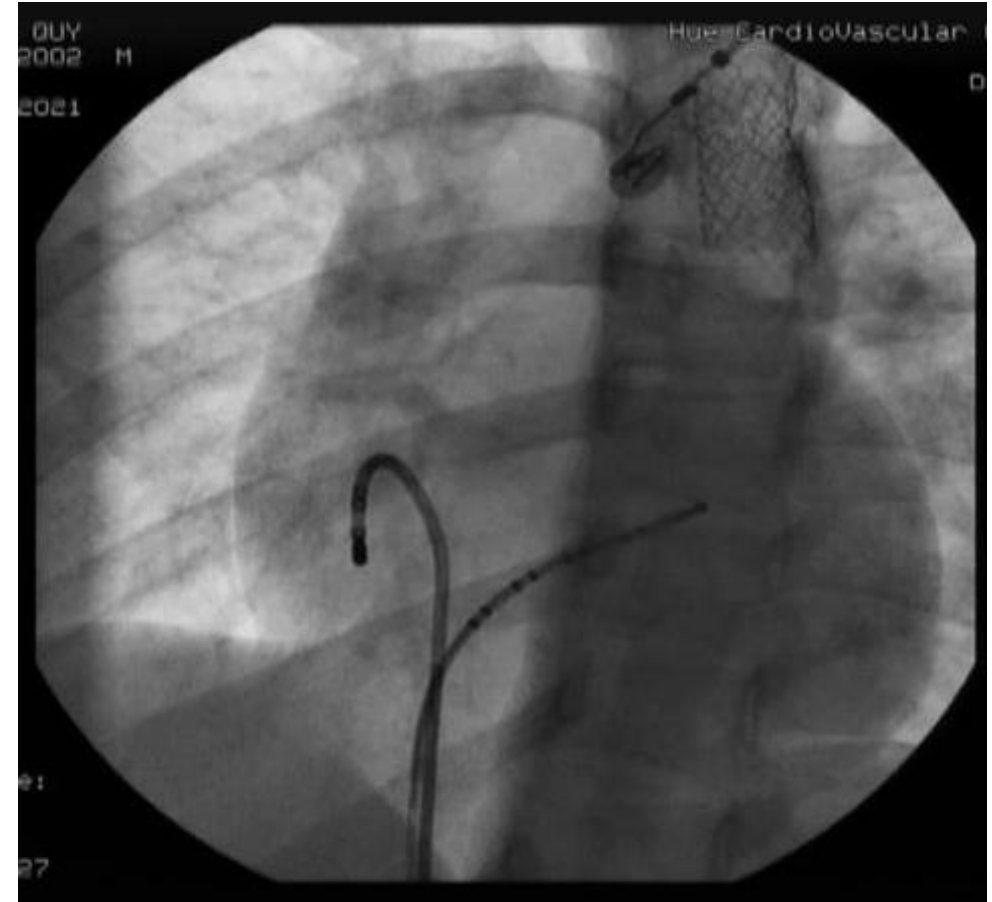
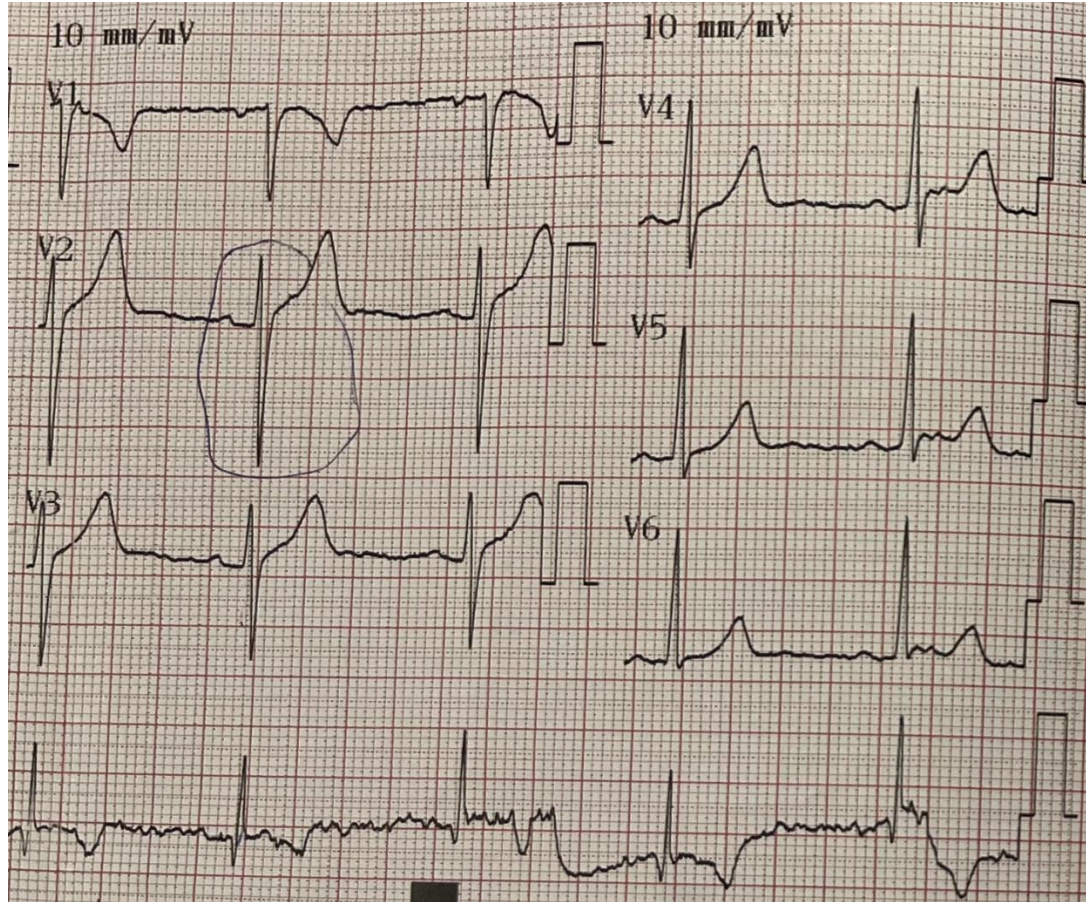


CA LÂM SÀNG

Sau đó chúng tôi tiến hành thăm dò điện sinh lý:

tại điện cực xoang vành CS 9-10 với CL (cycle length) 400 ms thì gây được cơn nhịp nhanh AVRT dạng orthodromic với đường dẫn truyền phụ ở thành trước bên bên phải, chúng tôi tiến hành triệt đốt đường phụ bằng sóng RF (radio frequency), ghi nhận sóng delta biến mất hoàn toàn, không gây được cơn tim nhanh sau đốt (khi tạo nhịp nhĩ và thất có chương trình). ECG của bệnh nhân sau khi triệt đốt bằng RF ghi nhận nhịp xoang, không ghi nhận sóng delta, khoảng PR 16ms

Kết quả sau khi điều trị



CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân được theo dõi thêm 05 ngày: không ghi nhận cơn nhịp tim nhanh nào, huyết áp chỉ trên 125-130/80 mmHg, chỉ dưới 120-125/75 mmHg. Sau đó bệnh nhân được xuất viện và không điều trị thêm thuốc tăng huyết áp cũng như thuốc chống loạn nhịp.

KẾT LUẬN

- Hội chứng Wolff-Parkinson-White khi lên cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất thì Adenosine vẫn là một thuốc lựa chọn đầu tay và sau đó nên tiến hành thăm dò điện sinh lý để xác định cơ chế rối loạn nhịp và triệt đốt loại bỏ cơn nhịp tim nhanh bằng sóng radio (Radio Frequency).
- Hẹp eo động mạch chủ là một trong các nguyên nhân gây tăng huyết áp thứ phát ở bệnh nhân trẻ tuổi, cần chẩn đoán sớm để giảm các biến chứng về sau và điều trị can thiệp bằng đặt stent mang lại hiệu quả cao
- Bệnh nhân đồng mắc hội chứng Wolff-Parkinson-White và hẹp eo động mạch chủ tuy rất hiếm nhưng vẫn ghi nhiều vài trường hợp và đây có thể hai bệnh tim bẩm sinh đơn độc, chưa ghi nhận mối tương quan, cần cá thể hóa chiến lược điều trị.

A decorative border of large, vibrant flowers in shades of orange, pink, and yellow, with green leaves, is arranged around the central text on a light-colored wooden plank background.

Thank
You

FOR
LISTENING