



TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ NGẤT

PHAN ĐÌNH PHONG



2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope



The Task Force for the diagnosis and management of syncope of the European Society of Cardiology (ESC).

Developed with a special contribution of European Heart Rhythm Association (EHRA).

Endorsed by the following societies:

European Society of Emergency Medicine (EuSEM).

European Federation of Internal Medicine (EFIM).

European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS).

European Neurological Society (ENS).

European Federation of Autonomic Societies (EFAS).

Authors/Task Force Members: Michele Brignole (Chairperson) (Italy); Angel Moya (Co-chairperson) (Spain); Jean-Claude Deharo (France); Frederik de Lange (The Netherlands); Perry Elliott, (UK); Artur Fedorowski (Sweden); Alessandra Fanciulli (Austria); Raffaello Furlan (Italy); Rose Anne Kenny (Ireland); Alfonso Martin (Spain); Vincent Probst (France); Matthew Reed (UK); Ciara Rice (Ireland); Richard Sutton (Monaco); Andrea Ungar (Italy); Gert van Dijk (the Netherlands).

MỘT SỐ ĐỊNH NGHĨA/ KHÁI NIỆM

- ▶ **NGẤT:** Khi mất ý thức tạm thời (TLOC – transient loss of consciousness) do giảm tưới máu não toàn bộ, đặc trưng bằng khởi phát nhanh, khoảng thời gian ngắn và tự phát hồi phục hoàn toàn.
- ▶ **TLOC:** mất ý thức tạm thời: mất nhận thức, mất trí nhớ trong thời gian bất tỉnh, bất thường kiểm soát vận động, mất khả năng đáp ứng và xảy ra trong một khoảng thời gian ngắn.
- ▶ **TLOC có 2 nhóm lớn:** do chấn thương và không do chấn thương đầu
- ▶ **TLOC là ngất khi:** (1) có kèm dấu hiệu đặc trưng của ngất phản xạ, do tụt huyết áp tư thế hay do tim mạch VÀ (2) không có dấu hiệu đặc trưng của các dạng TLOC khác

SINH LÝ BỆNH NGẤT

- ▶ Giảm tưới máu não toàn bộ do tụt huyết áp hệ thống
- ▶ Giảm tưới máu não đột ngột hoàn toàn trong 6-8 giây sẽ gây mất ý thức.
- ▶ Huyết áp tâm thu thấp đến mức 50-60 mmHg tại tim, tương đương với 30-45 mmHg tại não ở tư thế đứng sẽ gây mất ý thức.
- ▶ Huyết áp phụ thuộc vào cung lượng tim và trở kháng mạch ngoại vi, chỉ cần mất 1 trong 2 yếu tố có thể gây tụt huyết áp dẫn đến ngất. Tuy nhiên, trong sinh lý bệnh ngất thường cả hai yếu tố đều có liên quan ở các mức độ khác nhau.

g compilation 2017 >

uReallyBeBotheredToReadThisWholeUsername?



4:03



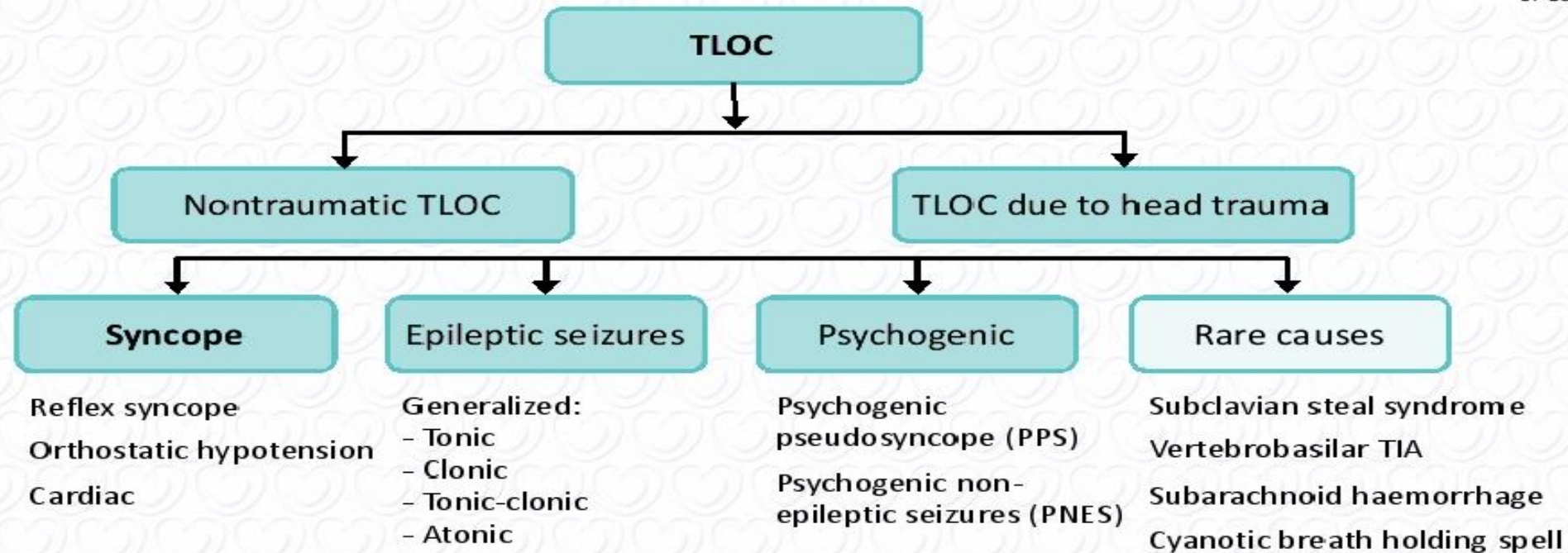
More Videos

Tap to see all



PHÂN LOẠI CƠN MẤT Ý THỨC THOÁNG QUA - TLOC (ESC 2018)

Classification



Ngất phản xạ (qua trung gian thần kinh)

▶ Ngất phế vị (VVS)

- Tư thế đứng, ngồi ít phổ biến
- Cảm xúc: sợ hãi, đau (thân thể hoặc đau tạng), thiết bị đo đạc, ám ảnh máu.

▶ Ngất tình huống (situational)

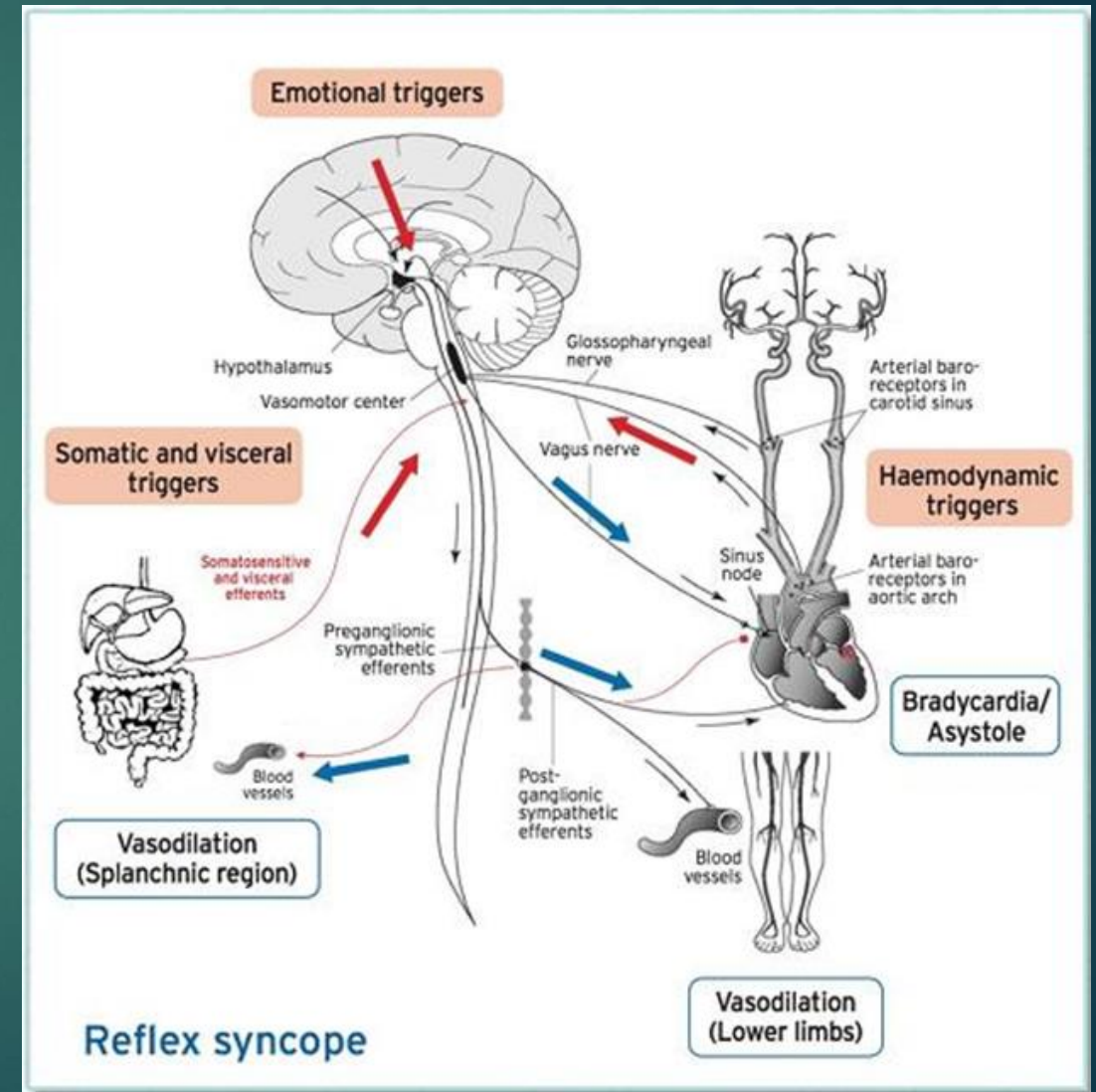
- Tiểu tiện (ngất sau khi đi tiểu)
- Kích thích tiêu hóa (nuốt, rặn, đại tiện)
- Ho, hắt hơi
- Sau tập thể dục (cử tạ...)
- Cười, thổi kèn...

▶ Ngất xoang cảnh (CSS)

- Ngất sau khi xoay đầu hoặc kích thích vào vùng xoang cảnh

Ngất phản xạ (qua trung gian thần kinh)

- ▶ *Có 2 cơ chế sinh lý bệnh* trong ngất phản xạ (qua trung gian thần kinh)
 - Giãn mạch: do cơ mạch giao cảm không đủ → hạ huyết áp
 - Phế vị: gây ức chế tim: nhịp tim chậm hoặc vô tâm thu.
- ▶ *Chẩn đoán ngất phản xạ*: khi các nguyên nhân khác được loại trừ (bệnh tim cấu trúc) hoặc các triệu chứng được tái tạo trong test bàn nghiêng (+)

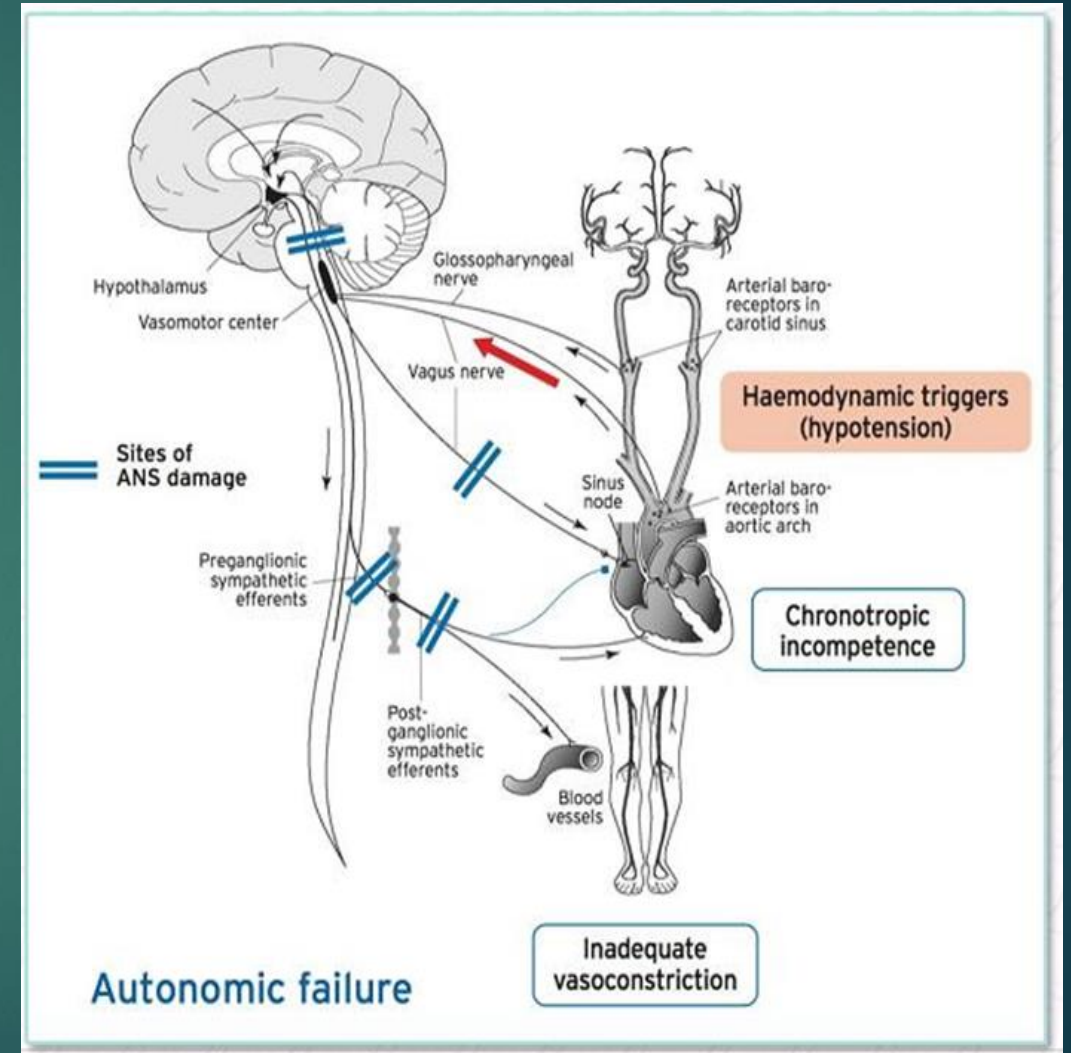


Các đặc điểm lâm sàng gợi ý ngất qua trung gian thần kinh

- ❖ Không có bệnh tim.
- ❖ Tiền sử từ lâu bị ngất tái diễn, xuất hiện trước 40 tuổi.
- ❖ Sau khi đột ngột có cái nhìn, mùi, vị hoặc cơn đau khác thường
- ❖ Đứng lâu, đông người, nóng.
- ❖ Nôn
- ❖ Trong khi ăn hoặc sau ăn.
- ❖ Xoay đầu hoặc đè lên xoang cảnh.
- ❖ Sau gắng sức.

Ngất do hạ huyết áp tư thế (OH)

- ▶ Do thuốc: giãn mạch, lợi tiểu, chống trầm cảm
- ▶ Giảm thể tích: xuất huyết, tiêu chảy, nôn...
- ▶ Rối loạn thần kinh tự chủ tiên phát: Teo đa hệ thống, Parkinson, mất trí nhớ thân thể Lewy...
- ▶ Rối loạn thần kinh tự chủ thứ phát: ĐTD, amyloidosis, tổn thương tủy sống, cận ung thư, suy thận....



Các đặc điểm lâm sàng gợi ý ngất do hạ huyết áp tư thế

- ❖ Ngay sau khi đứng lên.
- ❖ Liên quan tạm thời với liều khởi đầu thuốc hạ HA.
- ❖ Đứng lâu đặc biệt nơi đông người, nơi quá nóng.
- ❖ Có bệnh thần kinh tự động hoặc Parkinson.
- ❖ Đứng lâu sau gắng sức.

Ngất do tim

▶ **Rối loạn nhịp tim** là nguyên nhân chính:

- ❖ Nhịp chậm: RL chức năng nút xoang (nhanch/chậm), rối loạn dẫn truyền: block A-V các mức độ
- ❖ Nhịp nhanh: SVT, VT, xoắn đỉnh
- ❖ RL nhịp do thuốc

▶ **Bệnh tim cấu trúc:** hẹp eo ĐMC, BTTMCB, U tim, bệnh lý màng ngoài tim, bất thường GP ĐMV, BCT phì đại, kẹt van...

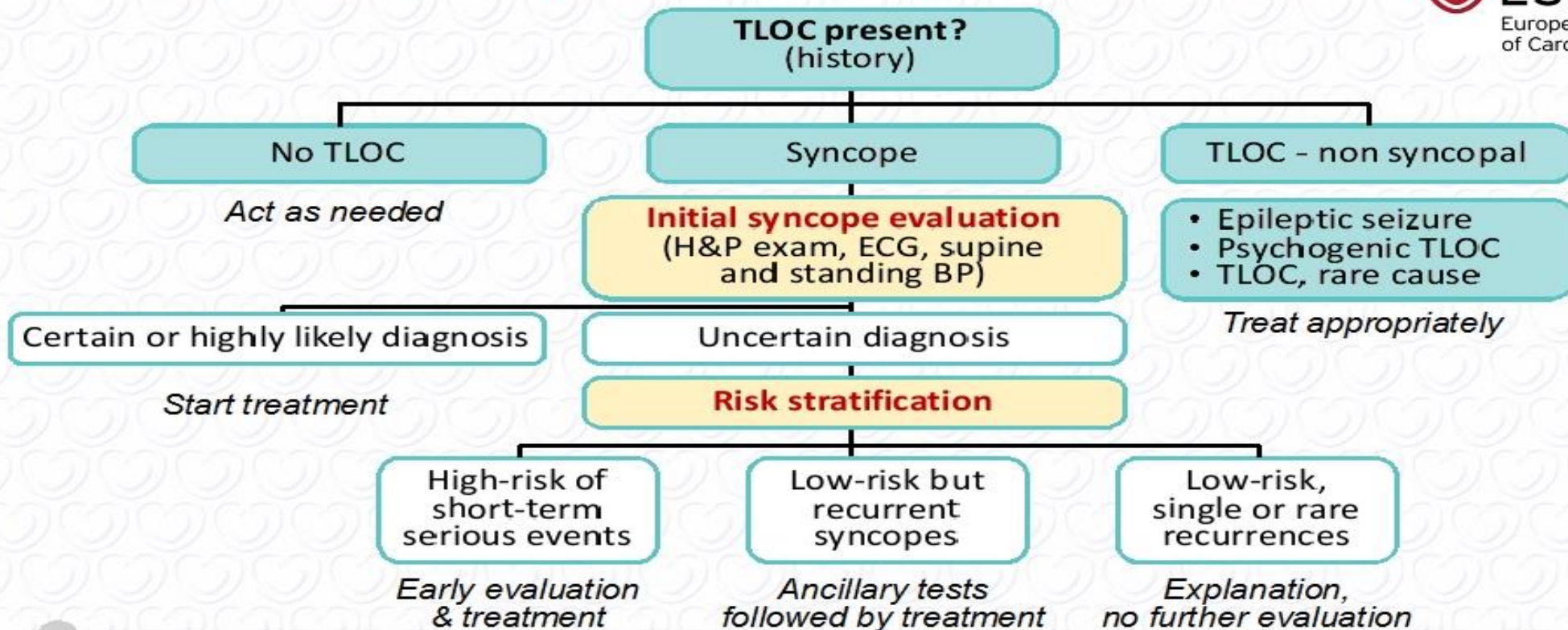
▶ **Bệnh lý tim phổi và mạch máu lớn:** tắc ĐMP, lóc ĐMC, tăng áp ĐMP

Các đặc điểm lâm sàng gợi ý ngất do căn nguyên tim mạch

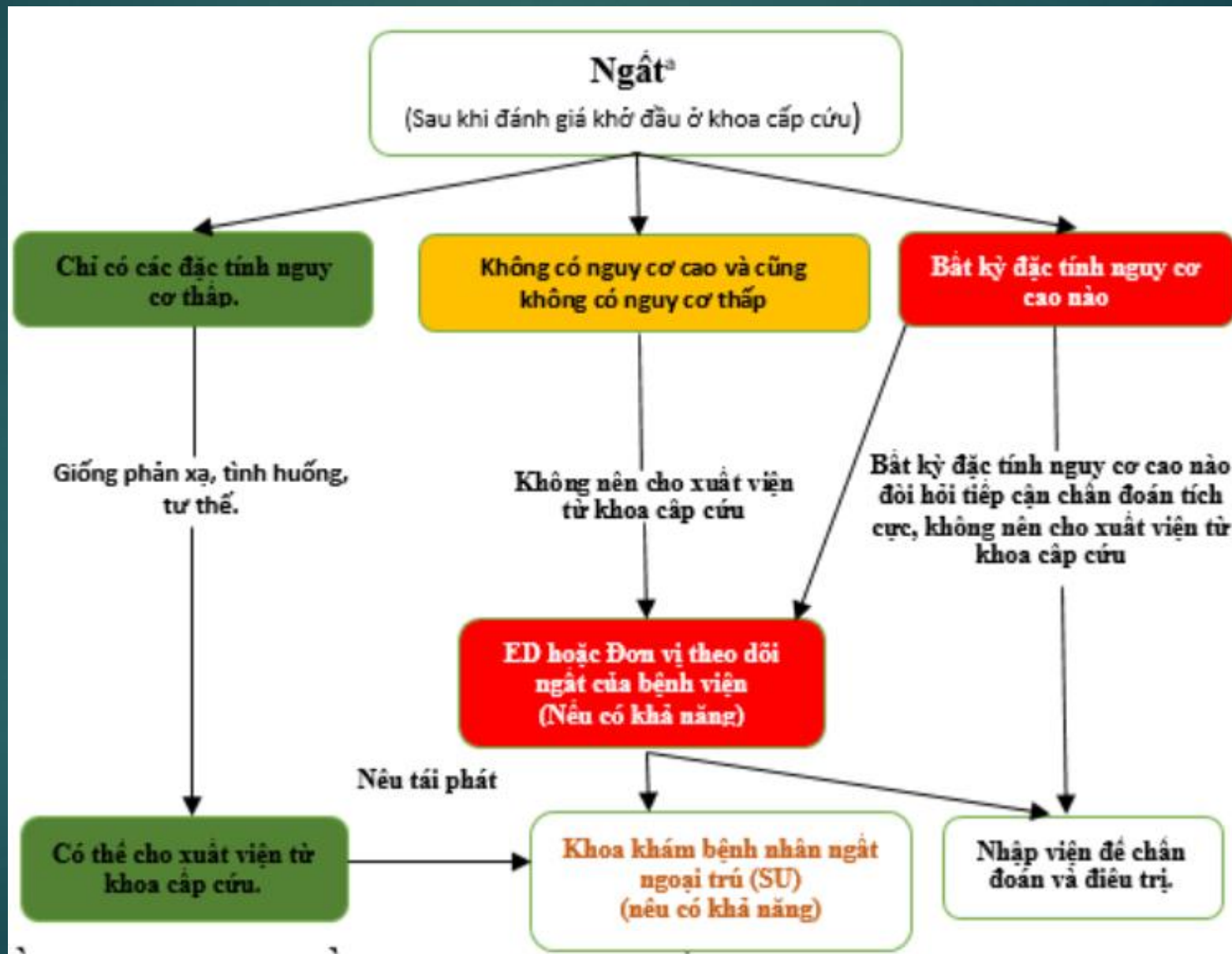
- ❖ Có bệnh tim thực thể.
- ❖ Tiền sử gia đình hoặc đột tử hoặc bệnh lý kênh tế bào.
- ❖ Khởi phát hồi hộp đột ngột ngay khi ngất.
- ❖ ĐTĐ có các rối loạn nhịp hoặc các bệnh lý gây rối loạn nhịp.
- ❖ **Cơn khó thở kiểu hấp hối về đêm**

Tiếp cận bệnh nhân ngất (ESC 2018)

Presentation of patient with probable TLOC



SÀNG LỌC NGẤT TẠI KHOA CẤP CỨU





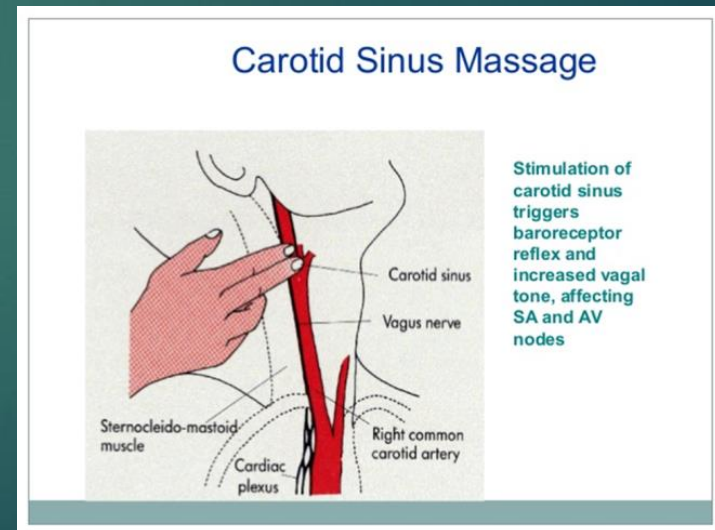
Các thăm dò trong tiếp cận bệnh nhân ngất

(Chủ yếu nhằm phát hiện các trường hợp ngất “nguy hiểm”)

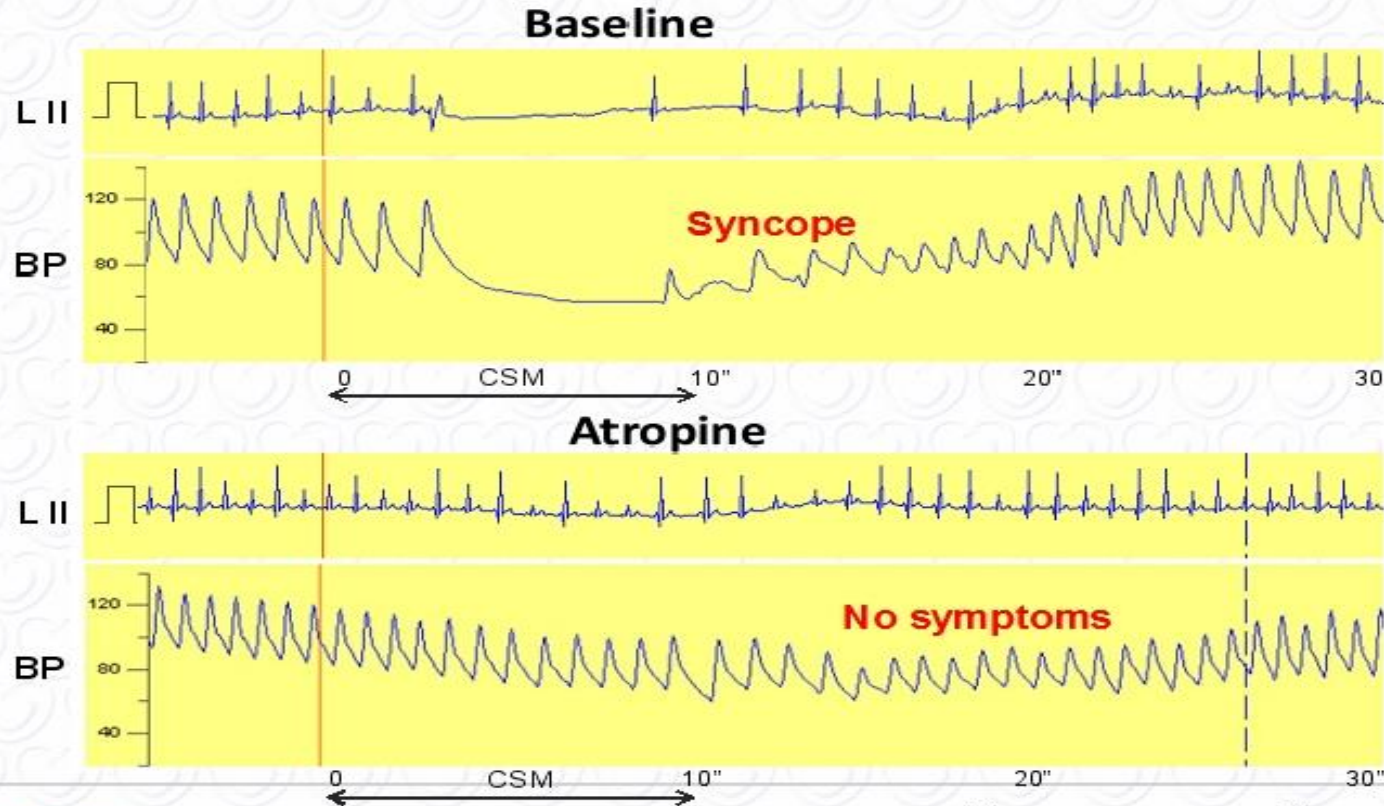
Xoa xoang cảnh: chẩn đoán ngất do xoang cảnh

- * Chỉ định cho bệnh nhân trên 40 tuổi
- * Vị trí: Mạch xoang cảnh nằm ngay dưới sụn nhẫn
- Phương pháp: xoa 5-10s, không ép tắc, 2 tư thế nằm, đứng.
- **Tiêu chuẩn: ngừng tim 3 giây, và/hoặc giảm 50mmHg tâm thu gây triệu chứng → HC xoang cảnh (CSS)**
- * Nguy cơ: 1/5000 case xoa xoang cảnh gây TBMN thoáng qua

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Chỉ định <ul style="list-style-type: none">- Xoa xoang cảnh được chỉ định ở bệnh nhân >40 tuổi với ngất chưa rõ nguyên nhân sau khi đánh giá đầu tiên.- Nên tránh xoa xoang cảnh ở bệnh nhân với cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua và ở bệnh nhân có tiếng thổi ĐM cảnh (trừ khi Doppler đã loại trừ hẹp có ý nghĩa).	I III	B C
Tiêu chuẩn chẩn đoán <ul style="list-style-type: none">- Xoa xoang cảnh có giá trị chẩn đoán nếu có thể gây ngất khi có vô tâm thu >3 giây và/hoặc tụt HA tâm thu >50mmHg.	I	B



Carotid sinus massage: Cardioinhibitory form



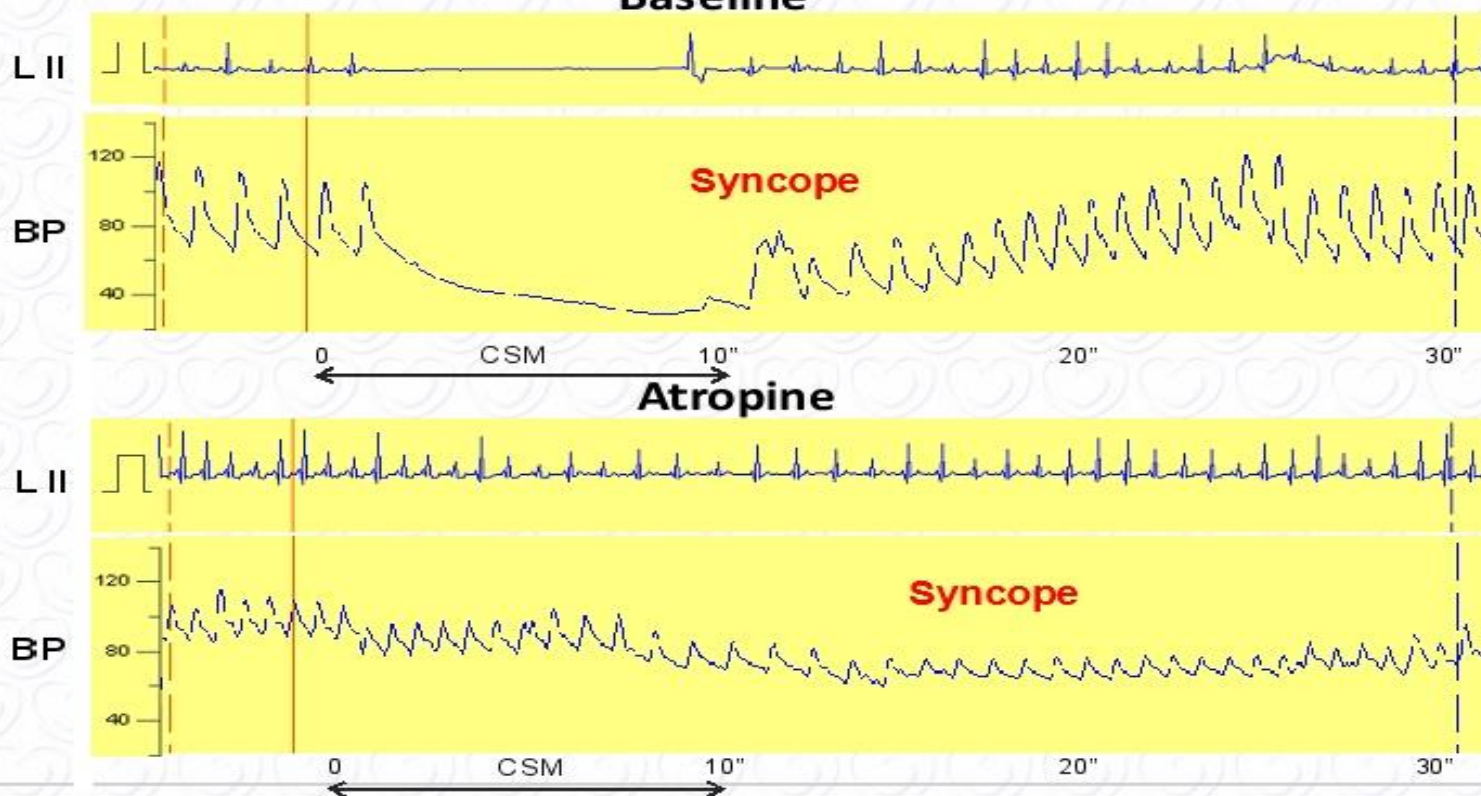
Carotid sinus massage: Mixed form

Baseline



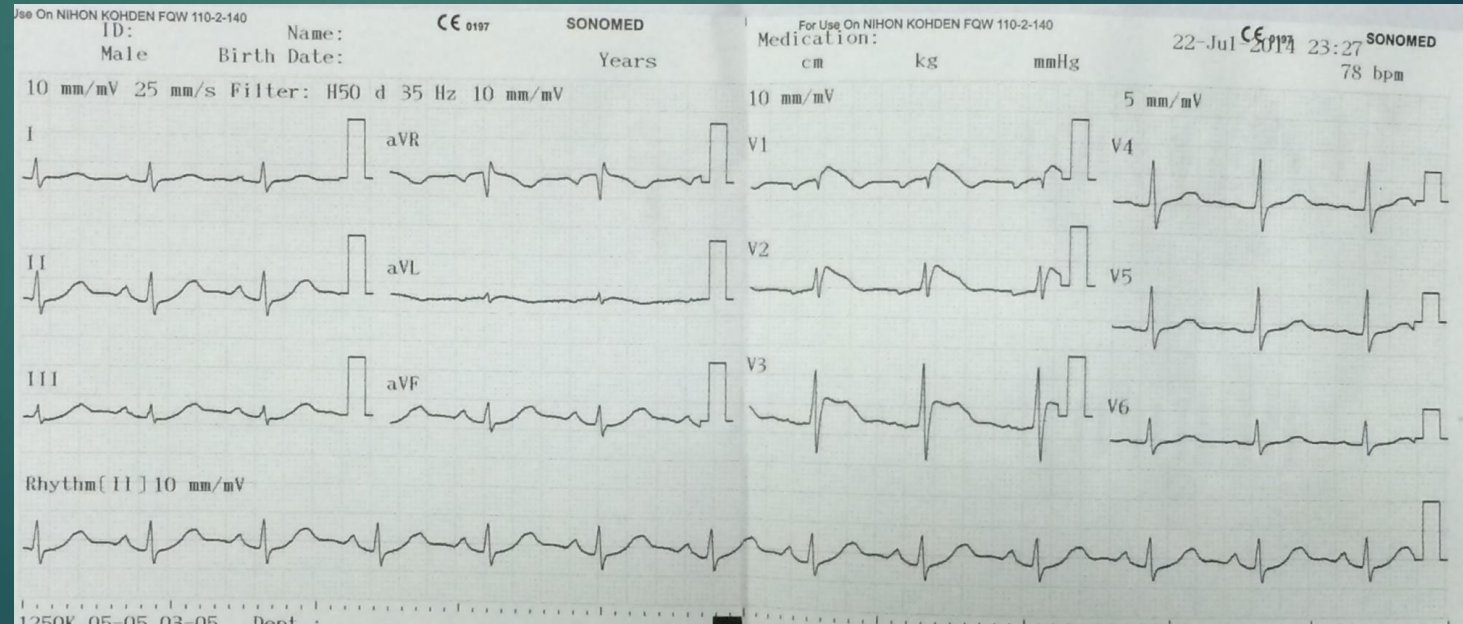
ESC

European Society
of Cardiology



Điện tâm đồ: phát hiện rối loạn nhịp tim hoặc nguy cơ rối loạn nhịp

- ▶ Xoắn đỉnh
- ▶ Vô tâm thu
- ▶ Hội chứng Brugada



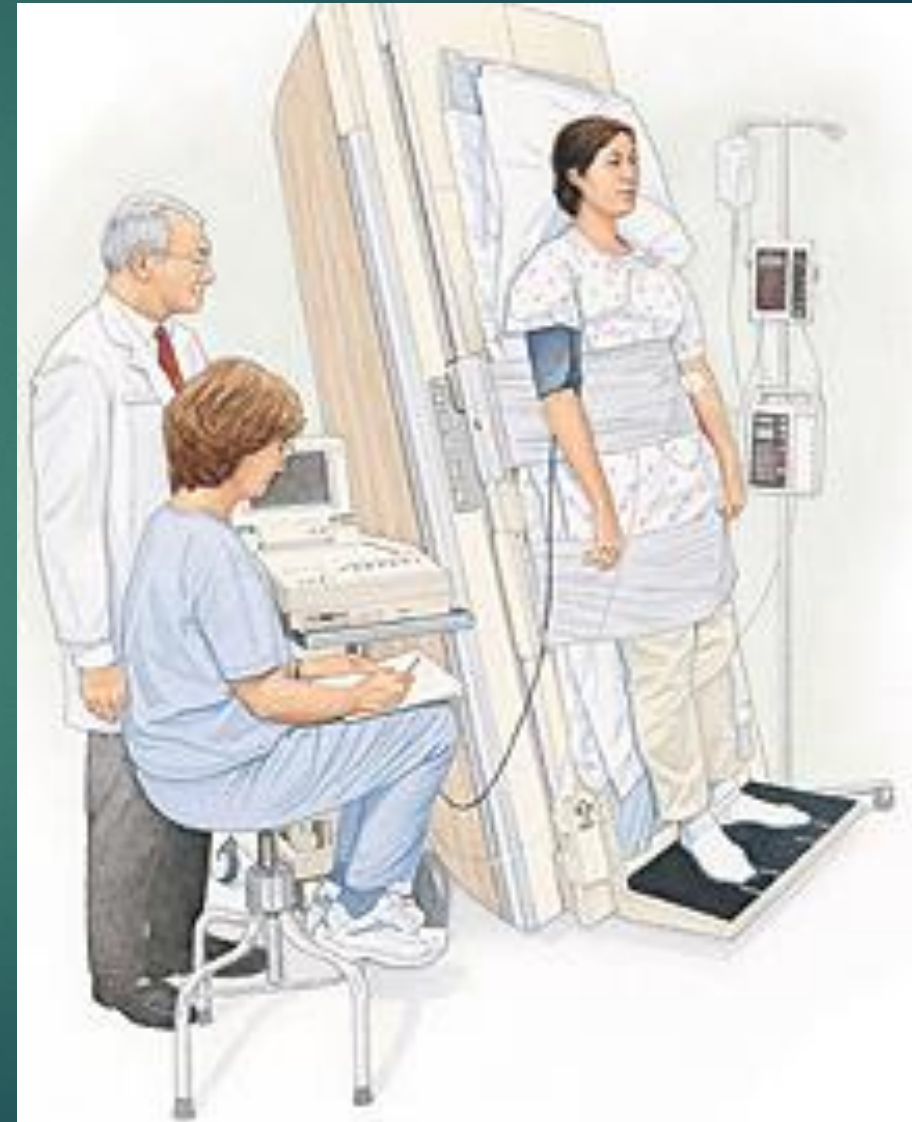
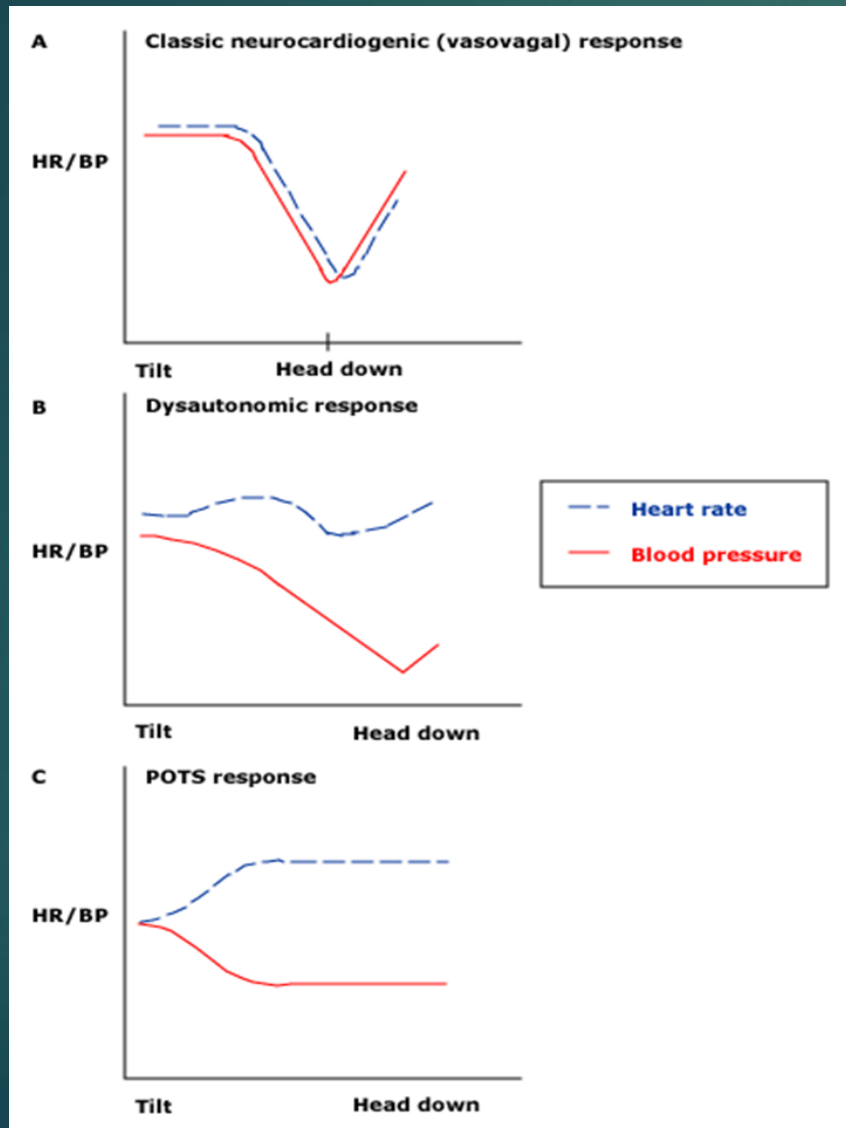
Các phương pháp ghi điện tâm đồ lưu động

Phương pháp	Giá trị
Holter 24-48h	Các biến cố thường xuyên
Event Recorder	<ul style="list-style-type: none">* Các biến cố không thường xuyên* Giá trị giới hạn trong đột tử mất ý thức
Loop Recorder (thẻ ghi vòng lặp)	<ul style="list-style-type: none">* Có ích vs các biến cố không thường xuyên* Loại cấy thuận tiện hơn (ILR)
Theo dõi biến cố qua vô tuyến (internet)	Thử nghiệm

Nghiệm pháp gắng sức

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Chỉ định - NPGS được chỉ định ở bệnh nhân ngất trong hoặc ngay sau gắng sức	I	C
Tiêu chuẩn chẩn đoán - NPGS có giá trị chẩn đoán khi ngất xảy ra trong hoặc ngay sau gắng sức kèm bất thường ECG hoặc tụt huyết áp nặng - NPGS có giá trị chẩn đoán nếu block nhĩ thất độ 2 Mobitz II hoặc block nhĩ thất độ 3 xuất hiện khi gắng sức ngay cả khi không có ngất	I	C

Nghiệm pháp bàn nghiêng (Tilt table testing): chẩn đoán ngất do phản xạ, OH, POTS hoặc PPS



Nghiệm pháp đứng chủ động (chẩn đoán tụt HA tư thế)

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Chỉ định <ul style="list-style-type: none">- Đo HA bằng tay từng lúc khi nằm và trong khi đứng chủ động trong 3 phút, được chỉ định để đánh giá đầu tiên khi nghi ngờ hạ HA tư thế.- Đo HA không xâm nhập từng nhát tim đập có thể có ích trong trường hợp nghi ngờ.	I IIb	B C
Tiêu chuẩn chẩn đoán <ul style="list-style-type: none">- Nghiệm pháp có giá trị chẩn đoán khi giảm HA tâm thu có triệu chứng $>20\text{mmHg}$ từ mức HA cơ bản hoặc giảm HA tâm trương $>10\text{mmHg}$, hoặc HA tâm thu giảm xuống $<90\text{mmHg}$.- Nghiệm pháp được xem là có giá trị chẩn đoán giảm HA tâm thu không triệu chứng $>20\text{mmHg}$ từ mức HA cơ bản hoặc giảm HA tâm trương $>10\text{mmHg}$, hoặc HA tâm thu giảm xuống $<90\text{mmHg}$.	I IIa	C C

Siêu âm tim

Recommendations	Class	Level
Indications		
1. Echocardiography is indicated for diagnosis and risk stratification in patients with suspected structural heart disease	I	B
2. Two-dimensional and Doppler echocardiography during exercise in the standing, sitting, or semi-supine position to detect provokable left ventricular outflow tract obstruction is indicated in patients with HCM, a history of syncope, and a resting or provoked peak instantaneous left ventricular outflow tract gradient <50 mmHg	I	B
Diagnostic criteria		
3. Aortic stenosis, obstructive cardiac tumours or thrombi, pericardial tamponade, and aortic dissection are the most probable causes of syncope when the echocardiography shows the typical features of these conditions	I	C

Điện não đồ (EEG), MRI, CT scanner sọ não, siêu âm mạch cảnh

- ▶ Giá trị hạn chế trong chẩn đoán ngất
- ▶ Không được khuyến cáo thường quy ở các bệnh nhân ngất để tìm các bệnh lý thần kinh
- ▶ Giá trị: giúp phân biệt ngất >< động kinh.

Thăm dò điện sinh lý tim:

Chỉ định sau khi đã làm các thăm dò không xâm lấn không giải thích được nguyên nhân

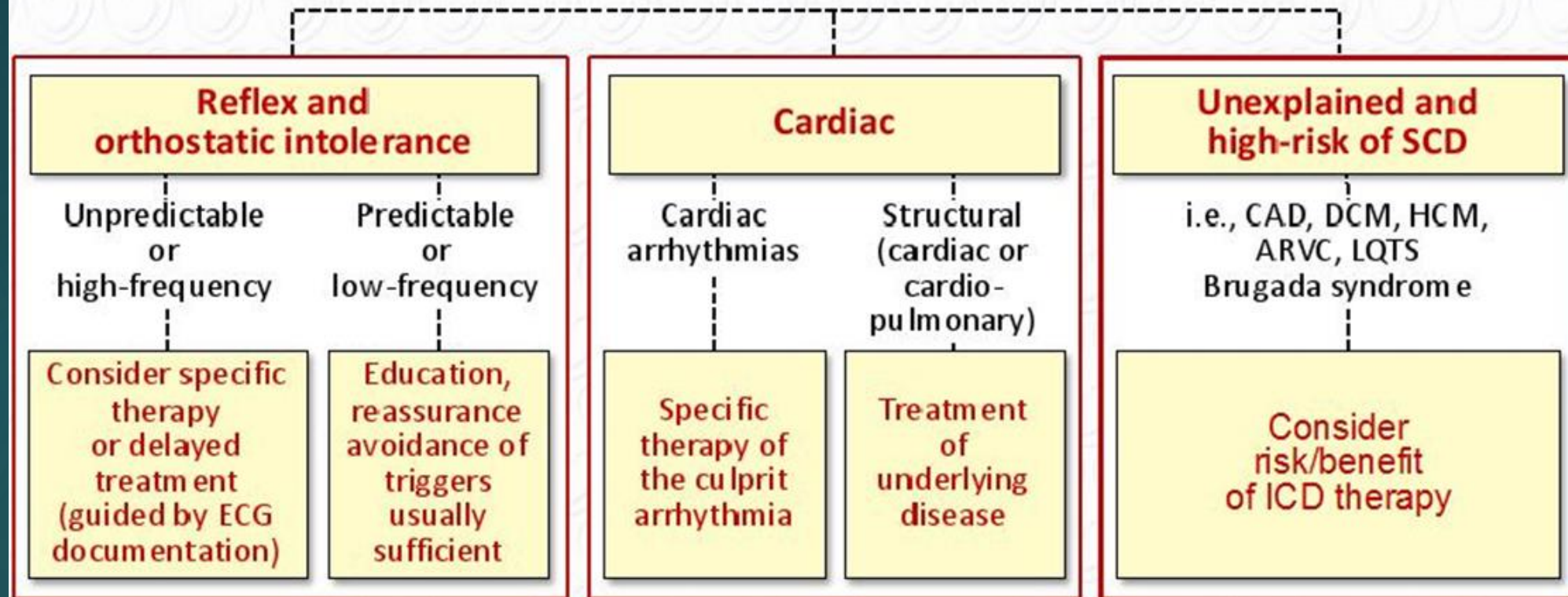
Recommendations	Class	Level
1. In patients with syncope and previous myocardial infarction or other scar-related conditions, EPS is indicated when syncope remains unexplained after non-invasive evaluation.	I	B
2. In patients with syncope and bifascicular BBB, EPS should be considered when syncope remains unexplained after non-invasive evaluation.	IIa	B
3. In patients with syncope and asymptomatic sinus bradycardia, EPS may be considered in a few instances when non-invasive tests (e.g. ECG monitoring) have failed to show a correlation between syncope and bradycardia.	IIb	B
4. In patients with syncope preceded by sudden and brief palpitations, EPS may be considered when syncope remains unexplained after non-invasive evaluation.	IIb	C

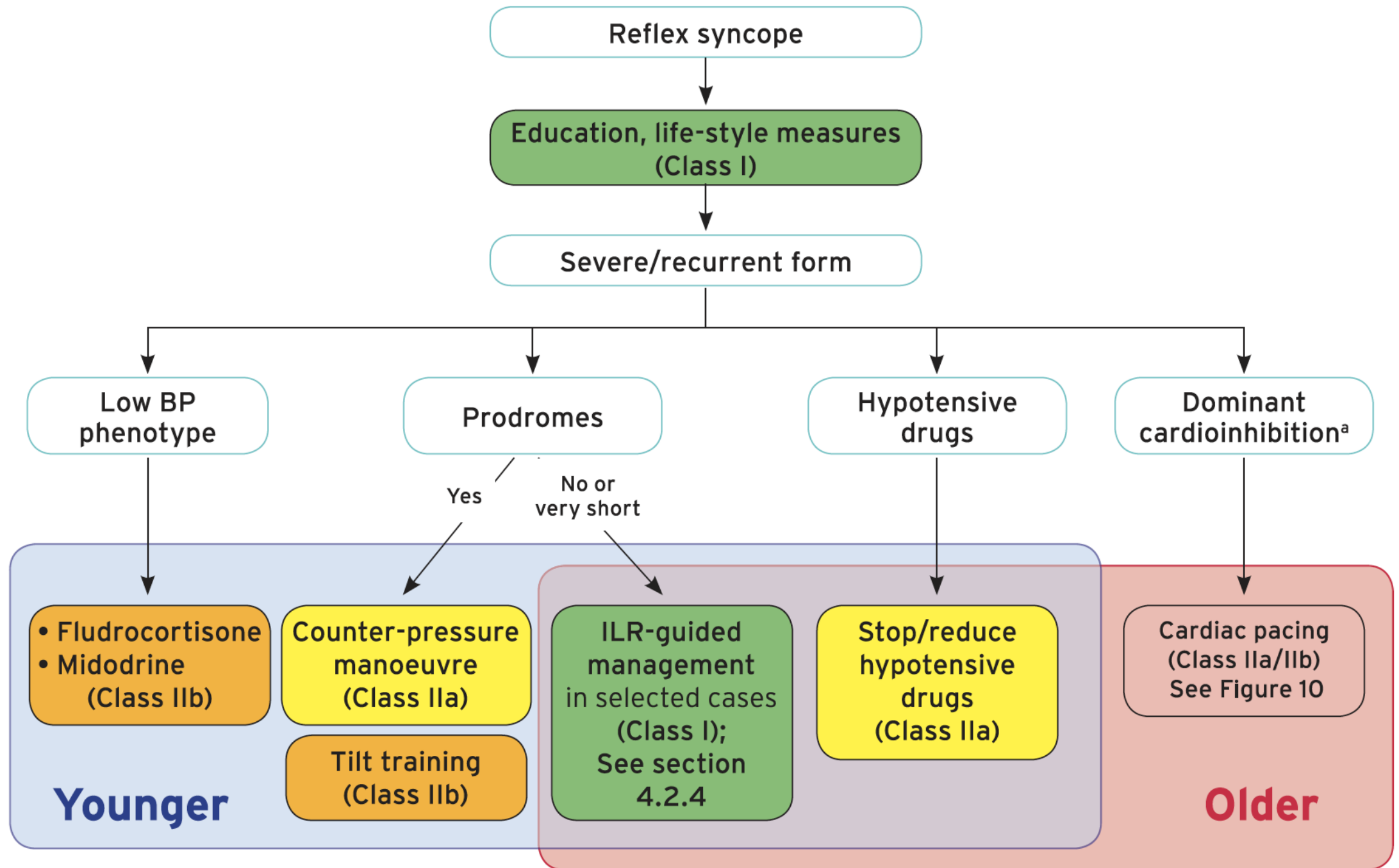
Chụp động mạch vành

Recommendations	Class	Level
1. In patients with syncope, the same indications for coronary angiography should be considered as in patients without syncope.	Ila	C

Xử trí ngất (ESC 2018)

Diagnostic evaluation

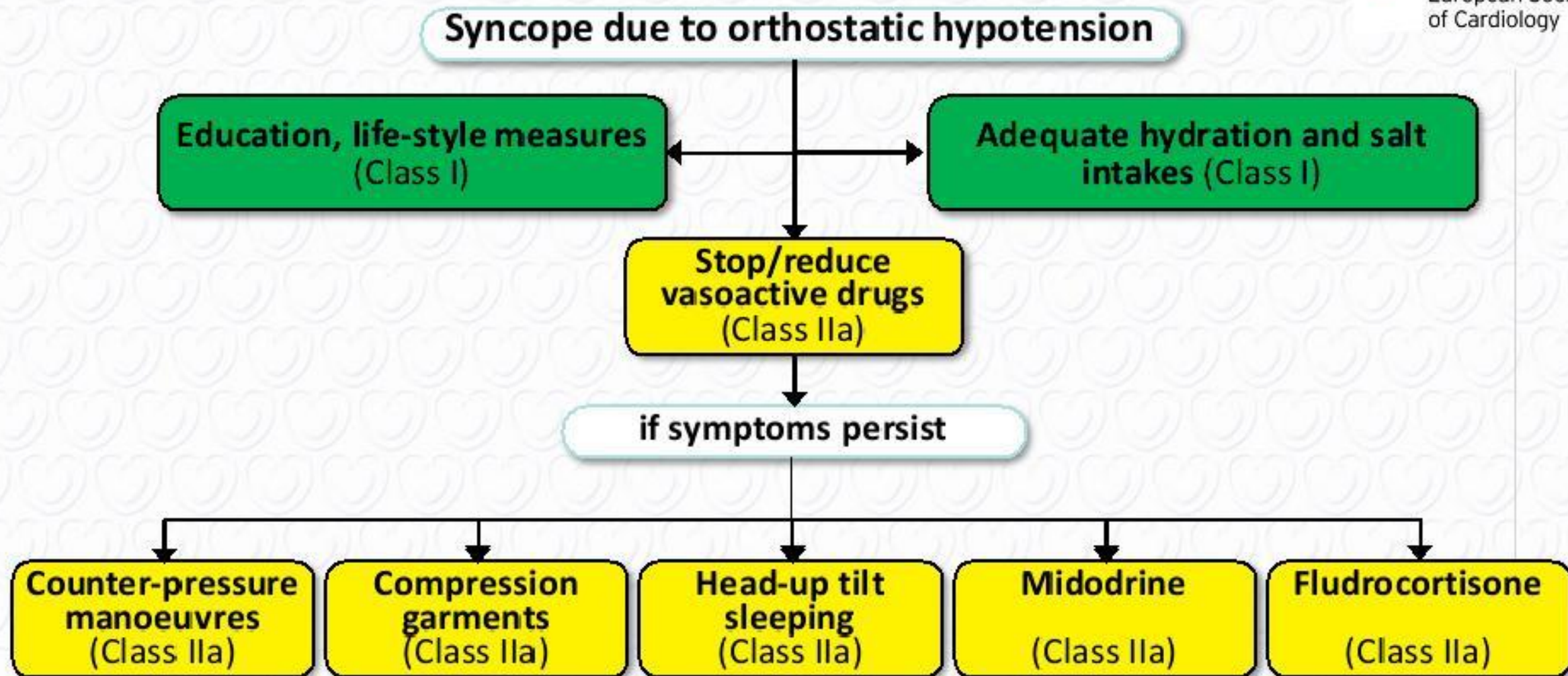




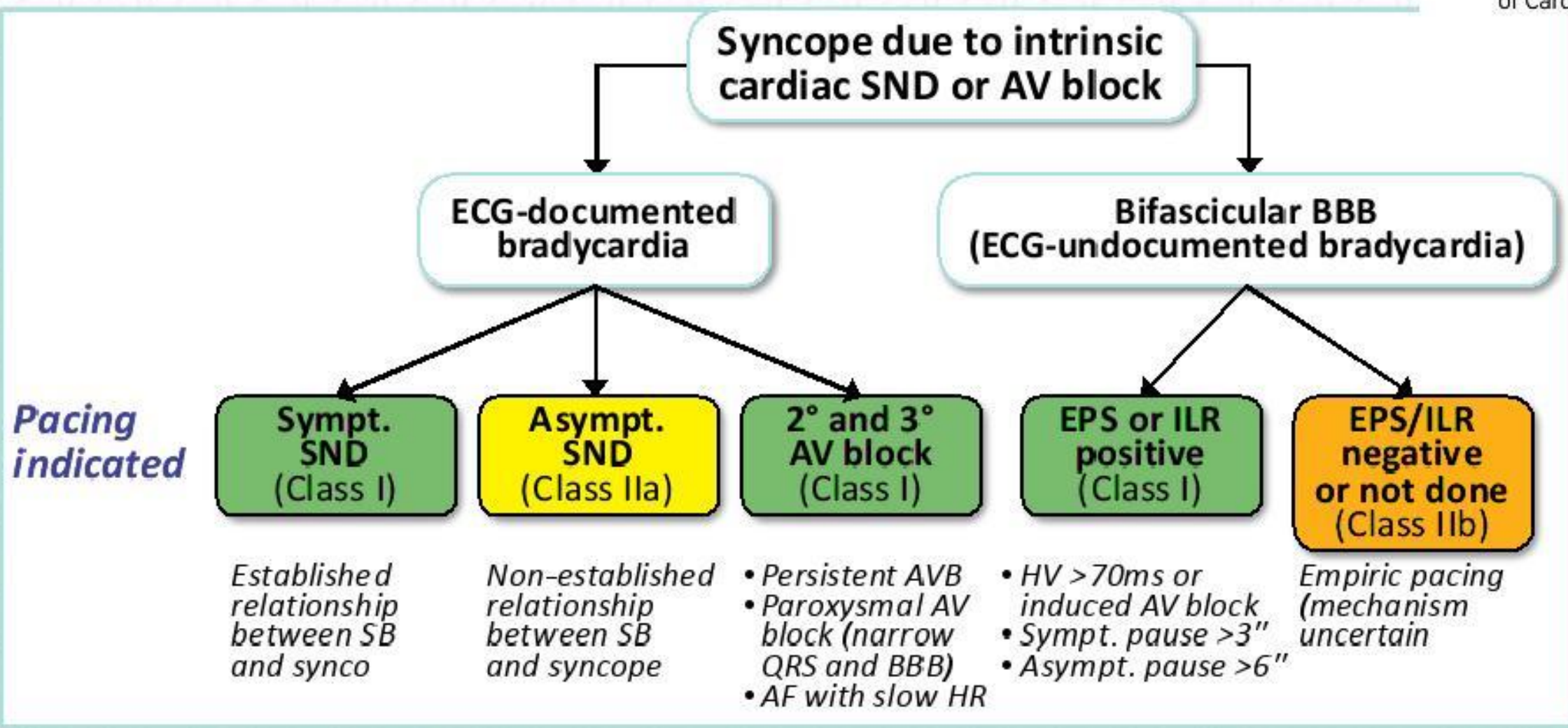
Treatment syncope: Counterpressure manoeuvres



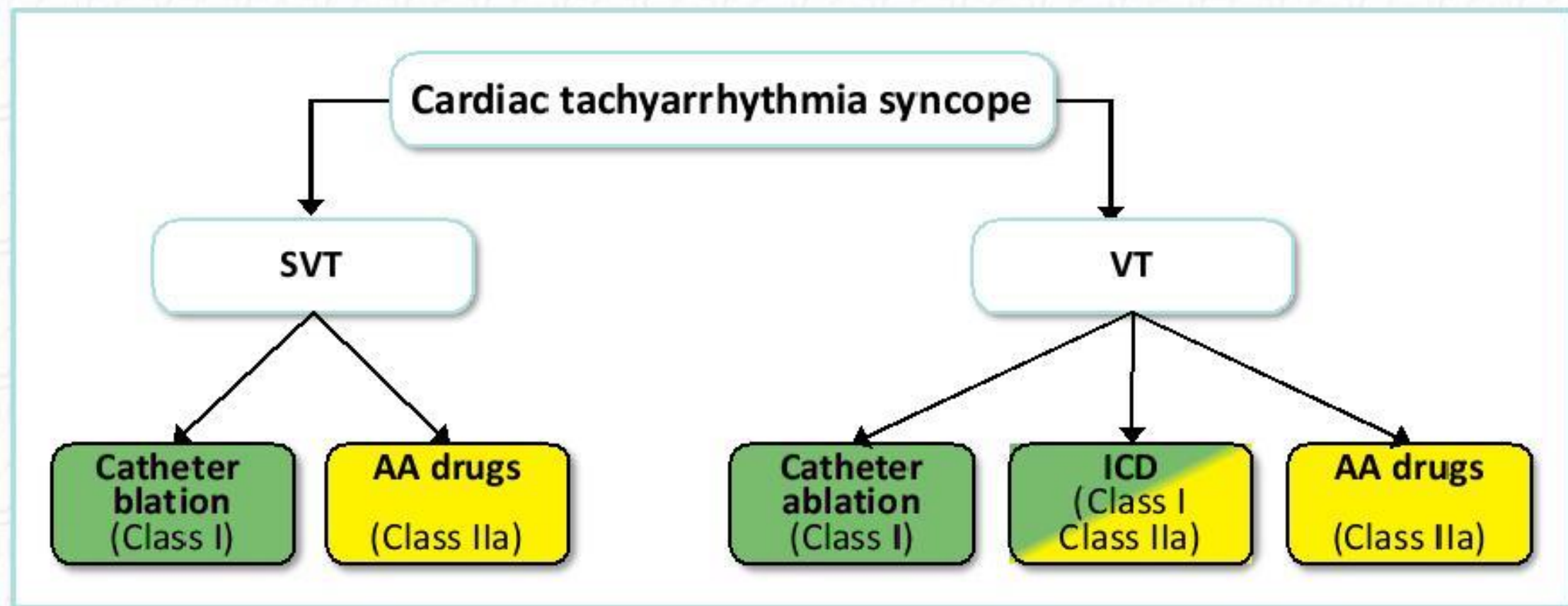
Treatment of syncope: Orthostatic hypotension



Treatment of syncope: Cardiac arrhythmias



Treatment of syncope: Cardiac tachyarrhythmias



Xử trí ngất theo nguyên nhân đặc thù

Brugada syndrome

Recommendations	Class	Level
Brugada syndrome		
1. ICD implantation should be considered in patients with a spontaneous diagnostic type I ECG pattern and a history of unexplained syncope.	Ila	C
4. Instead of an ICD, an ILR may be considered in patients with recurrent episodes of unexplained syncope with systolic impairment but without a current indication for ICD.	Ila	C
<i>Unexplained syncope is defined as syncope that does not meet a Class I diagnostic criterion defined in the tables of recommendations. In the presence of clinical features described in this section, unexplained syncope is considered a risk factor for ventricular tachyarrhythmias.</i>		

CẢM ƠN SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE!