

BLOCK 24 – ANSWER

WWW.DIENTAMDO.COM

ECG 31

Các bạn hãy cẩn thận ở đây. Nhìn lúc đầu thì trông có vẻ giống nhịp xoang nhưng khi các bạn nhìn vào chuyển đạo V1, các bạn có thể thấy sóng P đi ngay trước phức bộ QRS (có hình ảnh của block nhánh phải) và cũng thấy sóng P nằm ngay trên sóng T (nằm ngay giữa khoảng RR), cho nên nó bị che lấp 1 phần. Nhịp nhĩ ở đây là 150 lần/phút, nhịp thất là 75 lần/phút. Đây chính là nhịp nhĩ với block nhĩ thất dẫn truyền 2:1 (nhịp nhanh kịch phát nhĩ: paroxysmal atrial tachycardia – PAT hoặc còn được gọi là nhịp PAT với block nếu như dạng rối loạn nhịp này xảy ra một cách kịch phát) có thể là do ngộ độc digoxin, bệnh lý ở tâm nhĩ... Nếu như bạn chẩn đoán đúng trường hợp này, hãy “PAT – vớ” vào lưng bạn 1 cái, còn nếu như bạn chẩn đoán sai, hãy đâm 1 cái mạnh hơn

ECG 32

ECG của bệnh nhân cho thấy nhịp nhanh xoang với trục điện tim không xác định và sóng T đảo ngược ở các chuyển đạo V1 – V4 với vùng chuyển tiếp trước tim tiến triển chậm (*delayed precordial transition zone*) ($R=S$ ở V6). Khoảng QT nằm ở giới hạn trên của chỉ số bình thường, và có một sóng S ở chuyển đạo I với một sóng R nhỏ ở chuyển đạo III, aVF. Sóng P cao nhọn ở chuyển đạo II. Rõ ràng không cần phải nhờ đến phù thủy sứ Osler để có thể nghĩ đến thiếu máu cơ tim vùng trước tim khi bạn thấy hình ảnh vùng chuyển tiếp trước tim tiến triển chậm và sóng T đảo ngược. Nhưng bạn cũng phải luôn nghĩ đến trường hợp quá tải thất phải cấp tính do nhồi máu phổi... và đó là bệnh lý mà bệnh nhân này mắc phải, bệnh nhân này trước đó đã có một tiền sử bị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. ECG không phải là phương tiện để chẩn đoán nhồi máu phổi, nó chỉ giúp gợi ý thôi. Tiếc rằng trong hầu hết các trường hợp, hình ảnh ECG trong nhồi máu phổi thường không đặc hiệu; mặc dù vậy với cục huyết khối động mạch phổi lớn, thì cũng có thể gặp tình trạng nhịp nhanh xoang. Những dấu hiệu khác có thể gặp bao gồm: sóng T đảo ngược ở các chuyển đạo giữa trước tim bên phải và giữa (V1 – V4); sóng R thấp ở chuyển đạo V3 (Poor R wave progression) – do sự giãn thất phải cấp tính; giai đoạn sau đó có thể tiến triển đến hình ảnh S1Q3 gợi ý hình ảnh của nhồi máu cơ tim vùng dưới (MI); sóng P phế, chậm dẫn truyền trong thất phải; trục điện tim lệch phải.

ECG 33

ECG này là nhịp xoang với phì đại nhĩ trái. Nổi bật nhất đó là hình ảnh sóng R cao ở các chuyển đạo trước tim và sóng Q hoại tử ở các chuyển đạo dưới và bên dẫn đến hình ảnh sóng R tiến triển ngược ("reverse" type R wave progression). Cũng thấy sự bất thường ở đoạn ST – T ở chuyển đạo I, aVL, V6. Do vậy bệnh nhân này có bệnh lý mạch vành, nhồi máu cơ tim vùng dưới – (sau) – bên đã dẫn đến hình ảnh của suy tim sung huyết. Nhắc lại về các chẩn đoán phân biệt khi bạn gặp hình ảnh của sóng R cao ở các chuyển đạo trước tim bên phải bao gồm: **1) Một hình ảnh bình thường do sự thay đổi tư thế của quả tim** 2) **Phì đại tâm thất phải** (tìm thêm dấu hiệu của trục điện tim lệch phải, sóng P phế), **3) Nhồi máu cơ tim thành sau/bên** (thường cũng đi kèm với nhồi máu cơ tim thành dưới), **4) bệnh cơ tim phì đại/ hẹp dưới valve động mạch chủ phì đại vô căn** (hypertrophic cardiomyopathy/idiopathic hypertrophic subaortic stenosis (HCM/IHSS)), **5) block nhánh phải**, **6) Hội chứng WPW** với con đường dẫn truyền phụ sau/bên, **7) Loạn dưỡng cơ Duchenne** (bệnh lý ở người trẻ)

ECG 34

ECG cho thấy nhịp xoang bình thường với trục điện tim bình thường và các khoảng cũng bình thường. Có 2 dấu hiệu đáng chú ý đó là **1) sóng Q hoại tử ở các chuyển đạo phía dưới** chưa xác định được giai đoạn **2) đoạn ST chênh lên lan tỏa nhiều chuyển đạo** ở các chuyển đạo trước và bên, với khoảng PR chênh lên chênh xuống bất thường (chênh lên ở aVR, chênh xuống ở các chuyển đạo bên) phù hợp với chẩn đoán viêm màng ngoài tim. Và bệnh nhân này chính là một bệnh nhân nhồi máu cơ tim cũ bị viêm màng ngoài tim sau phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành.

ECG 35

Đáp án B

Đặc điểm quan trọng nhất ở bệnh nhân này đó là một tình trạng nhịp tim nhanh với phức bộ QRS hẹp, và nhịp nhĩ vào khoảng 300 lần/phút gợi ý ở đây chính là cuồng nhĩ với dẫn truyền nhĩ thất 2:1, 1 số nơi là dẫn truyền 3:1 và đôi khi một số chỗ gợi ý dẫn truyền Wenckebach. Cuồng nhĩ thỉnh thoảng bị chẩn đoán nhầm thành nhịp nhanh xoang. Ví dụ, hãy nhìn vào chuyển đạo V1 nơi mà các sóng cuồng nhĩ khó nhìn thấy nhất, với chuyển đạo II, nơi mà chúng ta có thể nhìn thấy rõ hơn. Cho nên nếu như chúng ta chỉ có chuyển đạo V1, thì rõ ràng chuyển đạo bỏ sót chẩn đoán này là chuyển đạo đương nhiên.

ECG 36

Hãy lấy ngay một đường truyền tĩnh mạch và mắc cho bệnh nhân 1 chai dịch. Đây là hình ảnh điển hình của tăng kali máu với sóng T cao nhọn đối xứng, kèm theo đó là hình ảnh khoảng PR kéo dài và phì đại tâm thất trái ở bên dưới. Bệnh nhân này là một bệnh nhân bị bệnh lý thận với tăng huyết áp. Chú ý QRS kéo dài trên bệnh nhân này cũng có thể xuất hiện trong trường hợp của tăng kali máu mức độ vừa và nặng. Nồng độ Kali ở bệnh nhân này là 9.6 mEq/L. Một đặc điểm quan trọng là bạn cần chú ý: không phải lúc nào sóng T cao nhọn kiểu như vậy, bạn đều gọi là sóng T tối cấp. Thuật ngữ sóng T tối cấp chỉ dành cho những trường hợp sóng T cao thứ phát sau thiếu máu cơ tim dưới nội tâm mạc. Các bằng chứng chính giúp chẩn đoán tăng kali máu của bệnh nhân này là sóng T cao nhọn đi kèm với những dấu hiệu được trình bày ở trên.

ECG 37

Khoảng QRS trong bệnh nhân này là hoàn toàn bình thường. Nó trông có vẻ rộng ra ở chuyển đạo V2 – V6 nhưng trên thực tế là do đoạn ST chênh lên do thiếu máu/nhồi máu cơ tim xuyên thành ở vùng trước cấp tính. Có hình ảnh ST chênh xuống soi gương ở các chuyển đạo phía dưới. Sóng Q đã bắt đầu xuất hiện ở các chuyển đạo trước tim. Hình ảnh ST như thế này, gọi là hình ảnh sóng T *“bia mộ - tombstone”* theo cách nói trăn trọc, còn được gọi là hình ảnh *“dòng điện tổn thương một pha - monophasic current of injury”*. Đây cũng là hình ảnh mà bạn sẽ thấy nếu như bạn lấy 1 cây kim và chạm vào vùng thượng tâm mạc của quả tim (ví dụ như trong thủ thuật chọc dò dịch màng ngoài tim). Thỉnh thoảng hình ảnh này bị chẩn đoán nhầm thành block nhánh (do tưởng nhầm QRS giãn rộng). Bệnh nhân này thực tế bị tắc động mạch liên thất trước và được chỉ định can thiệp mạch vành qua da cấp cứu.

ECG 38

Đáp án A

ECG này có vẻ như cho thấy hình ảnh của nhịp xoang với tần số 60 lần/phút với block nhánh trái. Nhưng trên thực tế, đây chính là nhịp nhanh xoang với tần số 120 lần/phút với block AV dẫn truyền 2:1 (chú ý sóng P bị chôn vùi vào bên trong sóng T ở các chuyển đạo V2, V3) và block nhánh trái. Đây có lẽ là block type 2 (tức là block dưới nút nhĩ thất) vì nó đi kèm với nhịp nhanh xoang và block nhánh trái. Bệnh nhân này sau đó được đưa đi đánh giá để đặt máy tạo nhịp. Bạn luôn luôn phải nhớ một quy luật, gọi là quy luật *“hãy gặp tôi ở giữa đường – meet me halfway”*: nghĩa là phải luôn luôn tìm hình ảnh của sóng P ở giữa 2 sóng P đã xuất hiện rõ, vì có thể ở đó sẽ có thêm 1 sóng P bị ẩn. Cần một đoạn ECG dài hơn hoặc đo ECG dưới những điều kiện sinh lý khác nhau (ví dụ như sử dụng Holter ECG chẳng hạn) có thể giúp trong những trường hợp mơ hồ không biết liệu có sóng P bị ẩn trên nền một chẩn đoán nhịp xoang trước đó. Cũng cần chú ý rằng, nếu như có block nhánh trái, thì hình ảnh tiến triển sóng R chậm (slow R wave progression – hay còn gọi là sóng R thấp ở V3) thì không có giá trị chẩn đoán, và hình ảnh điểm J chênh lên (J point elevation) ở một mức độ nào đó cũng có thể nhìn thấy ở các chuyển đạo trước tim (đi kèm với QS giãn rộng) trong block nhánh trái có thể nhầm lẫn với thiếu máu cơ tim. Block nhánh trái có thể che dấu hoặc có hình ảnh giống với thiếu máu/nhồi máu cơ tim.

ECG 39

Nhịp xoang với thiếu máu cơ tim (xuyên thành) ST chênh lên cấp tính ở thành bên. ST chênh lên ở các chuyển đạo V4, V5, V6 với hình ảnh ST dẹt thẳng ra và chênh xuống tối thiểu phù hợp với hình ảnh soi gương ở chuyển đạo V2, V3 phù hợp trong bối cảnh này. Sóng Q ở các chuyển đạo phía dưới ở ngưỡng ranh giới, đặt ra câu hỏi liệu có thêm nhồi máu cơ tim ở thành dưới đi kèm hoặc nhồi máu cũ hay không. Khoảng PR thì nằm ở giới hạn trên. Bệnh nhân này trên thực tế bị tắc nhánh mũ của động mạch vành trái sau khi chụp động mạch vành. Chẩn đoán phân biệt được đặt ra khi có ST chênh lên trong ngữ cảnh bệnh nhân này cũng cần nghĩ đến đó là sự tái cực sớm. Nhưng mà điều này có vẻ không đúng trong trường hợp bệnh nhân này vì trong tái cực sớm những sự thay đổi chỉ được nhìn thấy chủ yếu ở chuyển đạo V5 và V6, không thấy ở các chuyển đạo trước tim vùng giữa (V3 – V4) và ở đây có thêm hình ảnh soi gương ở V2-V3 cũng giúp loại trừ luôn viêm màng ngoài tim. Dĩ nhiên viêm cơ tim khu trú thì hình ảnh giống y hệt như nhồi máu cơ tim, nhưng bệnh lý này rất hiếm gặp (và không phải là sự lựa chọn). Hình ảnh Brugada thì đặc trưng bởi ST chênh lên ở các chuyển đạo trước tim bên phải đi kèm với hình ảnh giống block nhánh phải

ECG 40

Bệnh nhân này sau đó bị xoắn đỉnh. Chú ý khoảng QT kéo dài (khoảng 580ms) trên bệnh nhân đang điều trị erythromycin và haloperidol.