

# BLOCK 26 – ANSWER

---

[WWW.DIENTAMDO.COM](http://WWW.DIENTAMDO.COM)

**ECG51**

**Đáp án:** ECG cho thấy phì đại nhĩ trái (sóng P 2 pha ở V1 với phần âm rộng) và sóng P rộng ở một số chuyển đạo khác đi kèm với sóng R cao ở V1 và trục điện tim hơi chệch xuống phía dưới, khoảng  $+80^\circ$ . Sóng R cao ở V1 đi kèm với trục điện tim có xu hướng chệch thẳng xuống dưới như vậy, và đặc biệt nếu trục điện tim lệch phải nữa thì gợi ý cao phì đại thất phải. Sự kết hợp giữa phì đại nhĩ trái và phì đại thất phải ở một bệnh nhân khó thở thì bạn phải nghĩ đến bệnh lý valve 2 lá do thấp tim dẫn đến hẹp valve 2 lá nặng. Đây chính là bệnh lý của bệnh nhân này, vừa hẹp 2 lá nặng đi kèm với hở 2 lá nhẹ.

---

**ECG52**

**Đáp án:** Đây là một dạng nhịp tim nhanh phức bộ QRS giãn rộng có đi kèm với block nhánh phải và trục điện tim lệch trái (ông ta có tiền sử block nhánh phải). Trục điện tim lệch trái thì có thể là do block phân nhánh trái trước hoặc nhồi máu cơ tim thành dưới cũ. Chú ý rằng nhịp tim ở đây không phải nhịp xoang mà là cuồng nhĩ với các sóng F cũng hơi khó nhìn thấy (rõ nhất ở aVR, II và V1). Chú ý các sóng F này là các sóng âm ở chuyển đạo II và dương ở V1, đặc trưng của cuồng nhĩ có vòng vào lại ngược chiều kim đồng hồ. Cuồng nhĩ với dẫn truyền 2:1 là một trong những dạng rối loạn nhịp thường bị bỏ sót nhiều nhất (các bác sĩ không có kinh nghiệm sẽ chẩn đoán nó là nhịp nhanh xoang). Cuồng nhĩ dai dẳng (sustain) có thể là một nguyên nhân hoặc yếu tố thúc đẩy dẫn đến hội chứng suy tim xung huyết trên bệnh nhân này. Và bệnh nhân có chỉ định điều trị đốt điện để phá đi cơ chế vòng vào lại gây ra dạng rối loạn nhịp này. Hãy liên hệ với một chuyên gia về điện sinh lý.

---

**ECG53**

**Đáp án: C. Khoa hô hấp.** ECG này của bệnh nhân cho thấy nhịp nhanh xoang (Tần số khoảng 100 lần/phút) với các sóng P nhọn (cường độ điện thế  $>2.5\text{mm}$ ) ở chuyển đạo II (P phé) và trục của sóng P chệch xuống dưới và sang phải một chút (khoảng  $+80^\circ$ , chú ý sóng P âm ở aVL). Tuy nhiên, điện thế của phức bộ QRS ở các chuyển đạo chi thì chỉ tương đối thấp, và tiến triển sóng R chậm không xuất hiện ở đây (là những dấu hiệu điển hình trên ECG của COPD). Trục của QRS vào khoảng  $+45 - 50^\circ$ , tức là nằm trong giới hạn bình thường.

---

**ECG54**

**Đáp án: B – Nhịp xoang** (tần số sóng P là 75 lần/phút) với block nhĩ thất độ 2 type 1 (Wenckebach) với dẫn truyền 3:2, và thỉnh thoảng là dạng dẫn truyền 2:1. Tốc độ thất là vào khoảng 48 lần/phút, được cho là hiệu quả. Chú ý ở đây có sự tiến triển dài dần ra của khoảng PR trong mỗi chu chuyển 3:2, sau đó là 1 sóng P không dẫn, rồi sau đó là một khoảng PR bình thường. Nguyên nhân gây ra dạng rối loạn nhịp này có thể là do thuốc (thuốc chẹn beta, digitalis, chẹn Canxi), nhồi máu cơ tim thành dưới, bệnh lý nội tại nút nhĩ thất, bệnh Lyme... Ở những người lớn trẻ tuổi khỏe mạnh có sự tăng trương lực phó giao cảm (chẳng hạn như vận động viên thể thao), thì Block Wenckebach gặp trong lúc ngủ không phải là không phổ biến. ECG của bệnh nhân này còn cho thấy phì đại thất trái, phì đại nhĩ trái (sóng P 2 pha với phần âm rộng ở V1) và

sóng T đảo ngược ở các chuyển đạo dưới –nên câu hỏi đặt ra ở đây là liệu có tình trạng thiếu máu trên nền của một tình trạng phì đại thất trái.

---

#### ECG55

**Đáp án:** ECG cho thấy tình trạng thiếu máu cơ tim xuyên thành cấp tính ở thành dưới/sau. ST kéo dài ra và sóng T tối cấp (mơ hồ) ở các chuyển đạo phía dưới và ST chênh xuống soi gương ở I, aVL, và ở các chuyển đạo trước tim bên phải. Bệnh nhân này bị nhồi máu cơ tim cấp và sau đó được can thiệp mạch vành phải qua da.

**Chú ý:** Đôi khi ST chênh xuống soi gương lại là hình ảnh đập vào mắt bạn trước cả những hình ảnh gốc, đặc biệt là ST chênh lên và sóng T tối cấp mơ hồ ở các chuyển đạo phía dưới. Cần nhớ là sóng T tối cấp là sóng T có chiều cao cao hơn so với bình thường do tình trạng thiếu máu cơ tim xuyên thành. Do vậy, không phải tất cả các sóng T cao đều được gọi là sóng T tối cấp và cũng không phải tất cả sóng T tối cấp đều phải cao.

---

#### ECG56

**Đáp án:** Chúng là do nhồi máu cơ tim thành bên (chú ý sóng Q rộng ở V6, và sóng Q ở ranh giới ở I, aVL). Bệnh nhân cũng có thể bị luôn nhồi máu cơ tim thành sau. Các chẩn đoán phân biệt khi có sóng R cao ở V1 bên cạnh 1) Nhồi máu cơ tim thành sau – bên, bao gồm 2) Chỉ là một hình ảnh bình thường (ví dụ ở trẻ em, ở người lớn thì  $R > S$  ở V1 được xem là bình thường nếu như phần còn lại của ECG bình thường); 3) Phi đại thất phải: thường đi kèm với trục điện tim lệch phải; 4) Bệnh cơ tim phì đại có hoặc không có tắc nghẽn, có thể có hình ảnh giả nhồi máu cơ tim thành sau – bên; 5) Loạn dưỡng cơ Duchene; 6) Chậm dẫn truyền trong thất phải; 7) Hình ảnh WPW với con đường dẫn truyền phụ sau hoặc bên.

---

#### ECG57

Đây là cuồng nhĩ với dẫn truyền 2:1. Nhìn kỹ sẽ có sóng “nhĩ” ở phía đầu của đoạn ST (đây không phải sóng P mà là sóng F). Cuồng nhĩ với dẫn truyền 2:1 rất dễ bị chẩn đoán nhầm với nhịp nhanh xoang hoặc nhịp nhanh kịch phát trên thất khi ta không nhìn thấy sóng F này.

---

#### ECG58

**Đáp án: A.** Bạn phải chọn Canxi (và dĩ nhiên, kiểm tra luôn nồng độ albumin và phosphate). Ở bệnh nhân này có nồng độ Canxi là 8.2 mg/dl với nồng độ albumin thấp sau khi phẫu thuật cắt tuyến giáp. ECG cho thấy QT/QTc kéo dài nhưng rất mơ hồ. Sử dụng công thức Hodges để tính QTc (giá trị ở bệnh nhân này là 440ms/464.5ms ở chuyển đạo V6). Điều quan trọng ở bệnh nhân này QT kéo dài là do sự kéo dài của khoảng ST. Điều này là do sự kéo dài của pha bình nguyên trong điện thế hoạt động cơ tim của bệnh nhân,

do tình trạng hạ canxi máu. QT cũng có thể kéo dài trong những trường hợp sau 1) QRS giãn rộng; 2) Sóng T dẹt, rộng (ví dụ do ngộ độ quinidine, sotalol, hạ kali máu); và/hoặc 3) sóng U kết hợp vào bên trong sóng T. 2 nguyên nhân thể hiện sự phân tán của thời kỳ trơ tâm thất, và thường dẫn đến xoắn đỉnh.

---

#### ECG59

**Đáp án:** Nồng độ Kali của bệnh nhân này là 7.7mEq/L. Chú ý sóng T cao nhọn đối xứng là dấu hiệu điển hình của tăng kali máu mức độ nhẹ - vừa. Ở nồng độ cao hơn, QTS có thể sẽ giãn rộng ra, cũng như khoảng PR, và điện thế sóng P hầu như biến mất, cuối cùng dẫn đến dạng nhịp bộ nổi hoặc nhịp nội tại thất.

---

#### ECG60:

**Đáp án: Viêm màng ngoài tim cấp tính.** Cần loại trừ nhồi máu phổi. ECG cho thấy các dấu hiệu điển hình của viêm màng ngoài tim cấp tính với ST chênh lên lan tỏa (dòng điện tổn thương của tâm thất xuất phát từ màng ngoài tim bị viêm) và sự thay đổi của đoạn PR (chênh lên ở aVR/ chênh xuống ở các chuyển đạo dưới – bên) do dòng điện tổn thương (current of injury) từ tâm nhĩ. Điện thế ở đây không thấp nhưng mà nhịp tim thì tăng lên. Siêu âm tim ở bệnh nhân này không cho thấy điều gì ngoài một tình trạng tràn dịch màng ngoài tim mức độ nhẹ, và chụp X quang phổi cho thấy viêm phổi ở thùy dưới bên phải (chưa rõ nguồn gốc). Hình ảnh S1Q3 ở đây cũng cần nghĩ đến chèn ép tim cấp hoặc nhồi máu phổi. Tuy nhiên, bệnh nhân được làm scan thông khí/tưới máu (V/Q scan) thì không thấy nhồi máu phổi.