



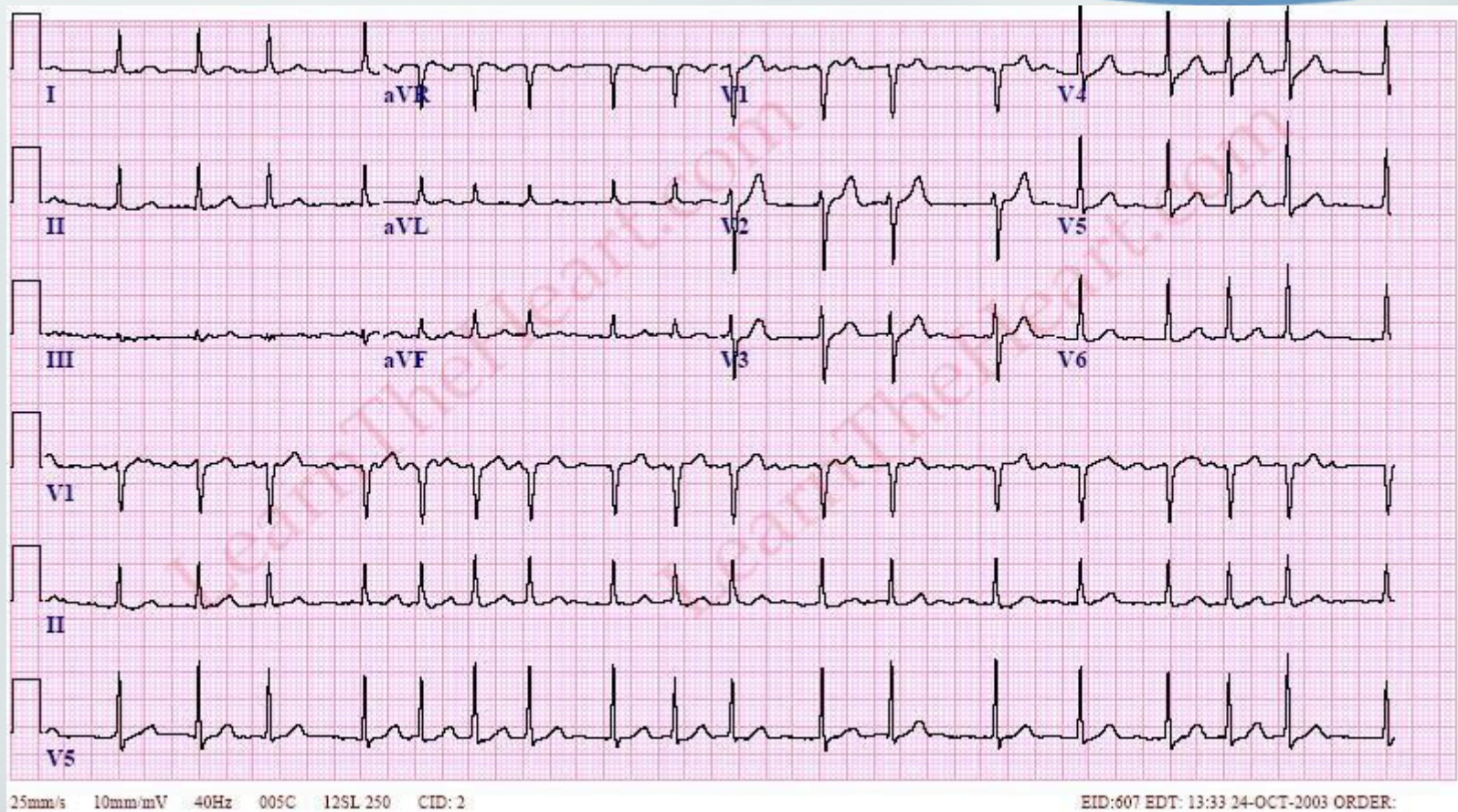
Một số RLNT thường gặp

Mai Trung Anh

Mục tiêu

- LS, ĐTĐ, chẩn đoán và điều trị RUNG NHĨ
- LS, ĐTĐ, chẩn đoán và điều trị CNNKPTT
- Một vài nét về Cơן Nhanh Thắt
- Một vài nét về Ngoại Tâm Thu
- LS, ĐTĐ, chẩn đoán và điều trị BAV

Rung nhĩ

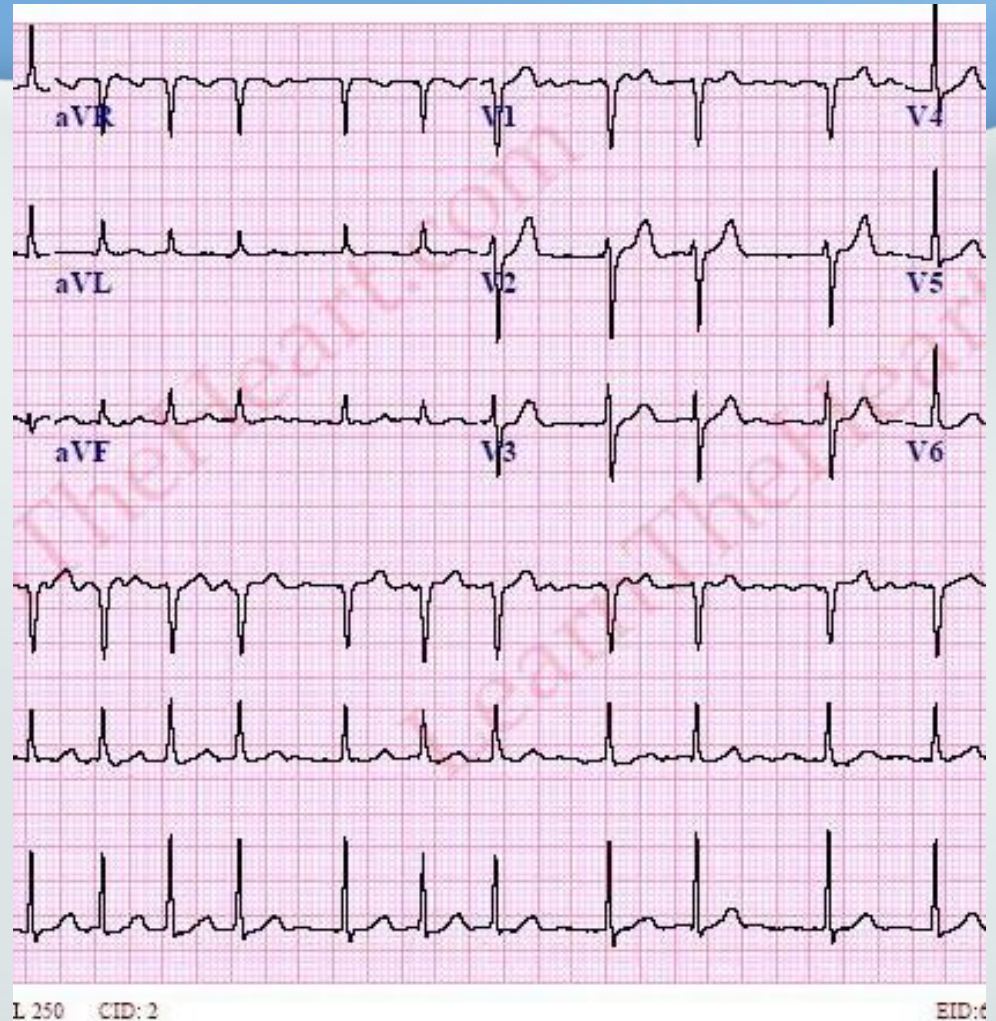


Rung nhĩ

- Là tình trạng các sợi cơ nhĩ co bóp không đồng bộ dẫn đến khối cơ nhĩ rung lên
- Cơ chế
 - Nhiều vòng vào lại
 - Có ổ ngoại vị
- Lâm sàng:
 - Hồi hộp, đánh trống ngực, tim không đều
 - Bắt mạch quay không đều và ts mạch < ts tim
 - Nghe tim thấy LNHT
 - Biến chứng: Suy tim, tụt HA

Điện tâm đồ

1. Mất sóng “p” và được thay bằng sóng “f” có tần số rất nhanh, từ 400-600 ck/p
2. Thất KHÔNG đều
Có thể ĐỀU và CHẬM nếu có BAV III
3. QRS: Thay đổi: rộng, hẹp, cao, thấp



Điều trị Rung Nhĩ

- 3 nguyên tắc điều trị
 - Giảm tần số đáp ứng thất
 - Đưa về và duy trì nhịp xoang
 - Chống đông dự phòng huyết khối
- Điều trị nguyên nhân

Kiểm soát tần số đáp ứng thất

- Có 3 nhóm thuốc được sử dụng: Chẹn β giao cảm; chẹn kênh calci và digitalis

1. Chẹn β giao cảm

- Là nhóm thuốc hiệu quả nhất
- CĐ: RN tiên phát, RN căn nguyên mạch vành
- CCĐ: Suy tim nặng, HPQ, COPD
- Thuốc: Metoprolol (β_1); esmolol (β_1)

2. Chọn kênh Ca^{++}

- Giảm đáp ứng thất tốt, tiêm tác dụng nhanh
- CCĐ: RLCN thất trái, suy tim
- Thuốc: Verapamil, Diltiazem

3. Digitalis:

- CĐ: Rung nhĩ có giảm EF hoặc CCĐ với chẹn beta và Ca^{++}
- Cách dùng:
 - Cedilanid 0,4mg, liều 1-2 ống/ngày, cách 6h với $\text{RN } f > 120 \text{ck/p}$
 - Digoxin 0,25mg, uống ngày 1v trong RN k nhanh

4. Điều trị khác

- Phối hợp thuốc nếu cần thiết
- Thuốc nhóm 3: Cordaron có thể dùng trong 1 số trường hợp
- Đốt nút nhĩ thất và đặt MTN vĩnh viễn với những bệnh nhân đáp ứng thất quá nhanh, mặc dù đã điều trị thuốc tối ưu

Chuyển và duy trì nhịp xoang

Chuyển nhịp xoang

1. Chuyển bằng thuốc: Nên lựa chọn đầu tiên

- Hiệu quả thấp hơn Shock điện, thất bại thì shock điện
- Thuốc sử dụng
 - Procainamide (IA)
 - Amidaron: Cordaron liều cao 1000-2000mg, uống 1 lần cho RN mới. Có thể truyền TM
 - Ibutilide: Thuốc mới, hiệu quả cao
 - Không nên dùng: Quinidine ít dùng, Sotalol, digoxin
- Có thể dùng Magie trước phòng xoắn đỉnh

2. Chuyển nhịp trực tiếp bằng shock điện

■ CĐ:

- Chuyển nhịp bằng thuốc không hiệu quả
- RN có đáp ứng thất quá nhanh gây ảnh hưởng huyết động, suy tim nặng ...
- RN trên WPW có đáp ứng thất quá nhanh

■ CCĐ:

- RN có ngộ độc digoxin
 - RN có hạ K máu
- ### ■ Liệu shock điện: Shock phá rung có kế hoạch với liều shock 150 W

DUY TRÌ NHỊP XOANG SAU CHUYỂN

1.Nhóm IC:

- CCĐ: TMCT, suy tim nặng
- Flecain 100mg/ngày; Rythmol

2.Nhóm IA:

- Quinidin và dẫn xuất: Quinidin Sulfat 400mg/D; Sedacoron ...

3.Thuốc chống LN nhóm 3

- **Hiệu quả nhất**
- CĐ: Dày thất trái, Suy tim, bệnh mạch vành
- Liều: Cordaon 400 mg/D, tuần 5 ngày, nghỉ 2
- Cần theo dõi định kỳ chức năng tuyến giáp, gan, hô hấp

Điều trị Chống Đông

Chỉ định

- Chỉ định dùng cho tất cả BN RN trừ RN cô căn hoặc CCD chống đông
- Điều trị chống đông trước và trong khi chuyển nhịp

Thuốc sử dụng

- Dự phòng huyết khối tắc mạch
 - Aspirin
 - Clopidogrel
 - Aspirin phối hợp Clo hiệu quả chống NMCT nhưng nguy cơ CM tăng
- BN rung nhĩ có cơ tim phì đại, HHL, van cơ học thì điều trị bằng kháng Vit K: Wafarin hoặc Sintrom

Điều trị chống đông khi chuyển nhịp

- Tất cả BN rung nhĩ >48h hoặc không biết RN khi nào: Dùng kháng Vit K 3 tuần trước khi chuyển nhịp
- Chuyển nhịp **cấp cứu**: phải dùng heparin đường tĩnh mạch duy trì aPTT từ 1,5-2 và sau dùng thuốc kháng Vit K
- Wafarin hoặc Sintrom được tiếp tục điều trị sau chuyển nhịp ít nhất 4 tuần
- Liều dùng: Sintrom 4mg ngày uống $\frac{1}{4}$ viên

Điều trị Triệt để

1. Điều trị RN bằng triệt đốt qua catheter

- Hiệu quả cao trong duy trì nhịp xoang lâu dài
- CĐ: Lựa chọn **Đầu Tiên** cho tất cả các trường hợp điều trị nội khoa thất bại , đặc biệt ở BN **Trẻ Tuổi**
- CCĐ: Huyết khối trong nhĩ trái

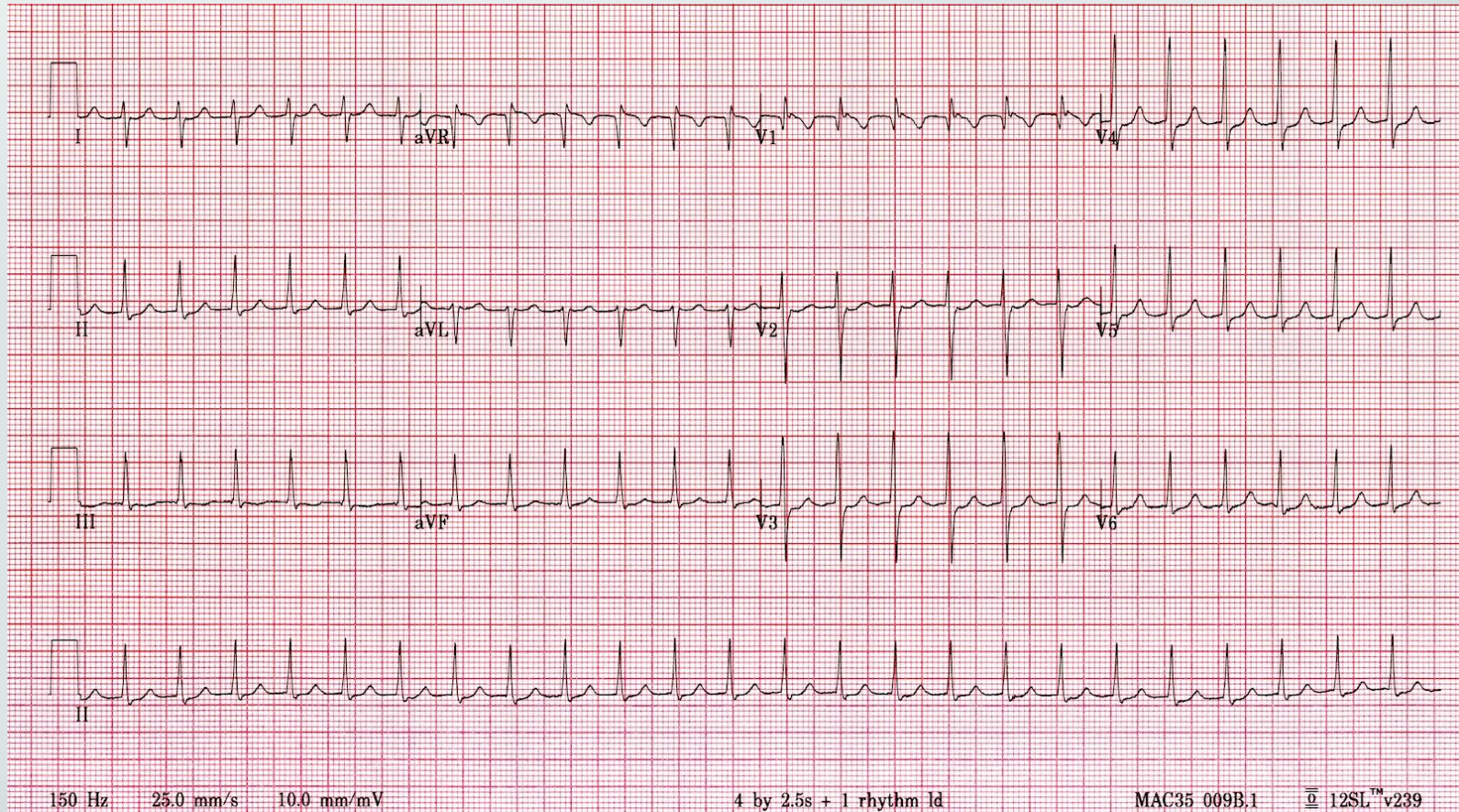
2. Phẫu thuật

- PT cô lập nhĩ trái (Maze) kết hợp các PT tim khác như bắc cầu chủ vành, thay van tim

3. Điều trị nguyên nhân:

- HHL
- Bệnh mạch vành
- Suy tim
- Cường giáp

Cơn nhanh kịch phát trên thất



CNNKPTT

- Phần lớn xảy ra trên những bệnh nhân không có bệnh thực thể ở tim (Bouveret)
- Có bản chất trên thất và có vòng vào lại ở nút nhĩ-thất hoặc vòng vào lại nhĩ thất qua đường dẫn truyền phụ
- Cơ chế
 - Hiện tượng “nảy cò”: ổ ngoại vị phát nhịp với tần số nhanh (cường nhịp của nút xoang)
 - Vòng vào lại “reentry” lặp lại liên tiếp

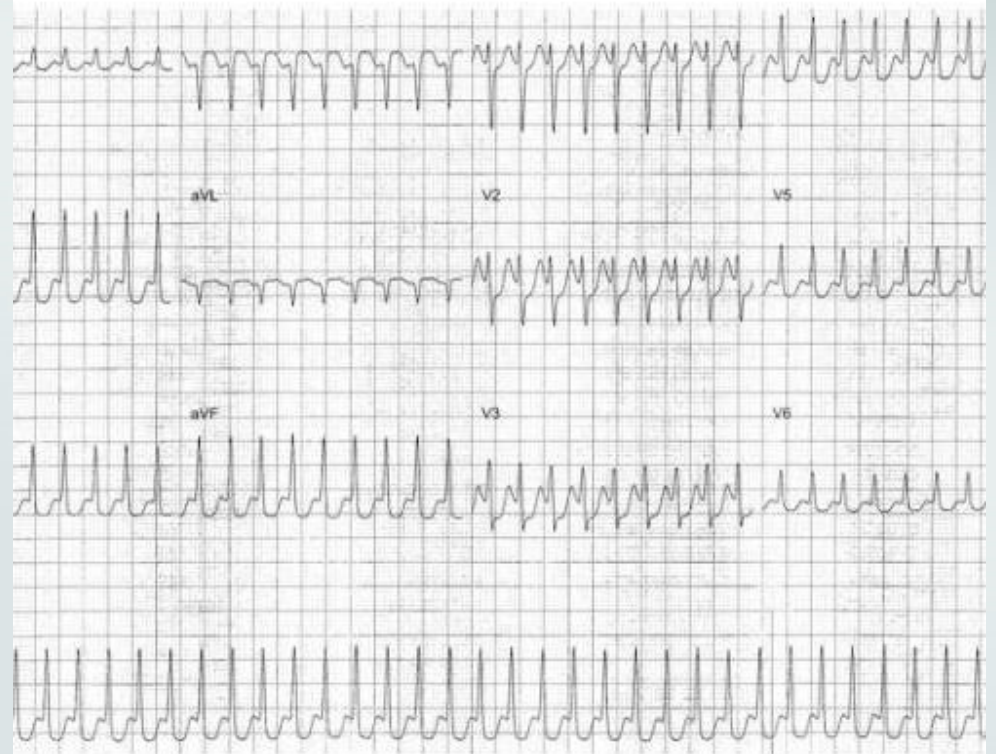
Biểu hiện LS

- Bắt đầu và kết thúc **Đột Ngột**
- Tim đập nhanh và mạnh (cảm giác trống ngực)
- Khó thở, đau ngực, có khi ngất
- Nghe tim: Tim đều, tần số trung bình 160-200ck/p
- Nếu cơn kéo dài nhiều ngày => có thể suy tim: gan to, TMC nổi ...

Điện tâm đồ

- Tần số rất **nh nhanh** (140-220 ck/ph) và rất **đều**
- QRS hình dạng chung bình thường
Trừ trường hợp TNKPTT có dẫn truyền lệch hướng thì QRS giãn rộng
- Sóng P khó phân biệt vì lẫn vào QRS hoặc ST-T của phức bộ trước đó

Paroxysmal Supra Ventricular Tachycardia



(c) 2007, Munth

Điều trị

- Với trường hợp NNKPTT có huyết động không ổn định: Shock điện cấp cứu để cắt cơn
- Trường hợp ổn định
 - Các biện pháp gây cường phế vị
 - Dùng thuốc
 - Kích thích nhĩ vượt tần số
 - Sốc điện cắt cơn
 - Điều trị triệt để:
 - Thăm dò điện sinh lý và cắt đường vào lại bằng RF
 - Thuốc dự phòng cơn NNKPTT có vòng vào lại tại nút nhĩ-thất

1. Các biện pháp gây cường phế vị

- Động tác Valsava: Uống miếng nước lạnh, úp mặt vào nước đá
- Xoa xoang cảnh: Trước khi xoa phải nghe không thấy hẹp ĐM cảnh và xoa từng bên một
- Ấn nhãn cầu là một biện pháp **khá hiệu quả** và **hay dùng** nhưng **khá thô bạo**

2. Thuốc: adenosine, chặn kênh Ca^{++} và chặn β giao cảm, digitalis, Cordaron

- Adenosin: Là thuốc **đầu tay**
 - CCĐ: HPQ, hội chứng suy nút xoang
 - Liều: 6-12 mg. TTM thật nhanh
- Chặn kênh Ca^{++} và chặn β giao cảm
 - Chỉ định tiếp theo sau thất bại adenosine
 - CCĐ: Suy giảm chức năng thất trái, tụt HA
 - Thuốc: Verapamil (Isotil) ống 5 mg tiêm TM chậm 2-3 phút

- Digitalis
 - Hiệu quả, an toàn, **chậm sau vài giờ**
- Cordaron:
 - Sử dụng khi những thuốc trên thất bại
 - Cách dùng: Cordaron 200 mg, pha với 500ml G 5% truyền TM chậm

3. Kích thích nhĩ vượt tần số

4. Sốc điện cắt cơn

- NNKP dai dẳng, ảnh hưởng đến huyết động (suy tim, tụt HA) hoặc các thuốc khác không cắt được cơn.
- Liều lượng: 150-200 W

5. Thăm dò điện sinh lí và điều trị cắt cơn bằng RF

- Khỏi bệnh hoàn toàn
- An toàn, hiệu quả tối ưu, lựa chọn hàng đầu

6. Dự phòng CNNKPTT có vòng vào lại nhĩ-thất

Cơ nhanh thất

- Là cơ tim nhanh có nguồn gốc từ tâm thất
- Có thể gây rối loạn huyết động nặng, nguy hiểm đến tính mạng
- Thường gặp ở bệnh nhân có bệnh lý tim thực tổn: bệnh mạch vành, NMCT, viêm cơ tim, suy tim ...
- Các nguyên nhân khác: Ngộ độc, điện giật, tai biến thuốc ...

Lâm Sàng

- Cơn khởi đầu và kết thúc đột ngột như trong nhịp nhanh trên thất
- BN thường rất mệt, khó thở, đau ngực, ngất xỉu do **RL huyết động**
- Khám
 - Tim đập rất nhanh, tần số 160-220 ck/ph
 - RL huyết động: Mạch nhanh, HA khó đo
 - **Ấn nhãn cầu hoặc xoa xoang cảnh không cắt được cơn**

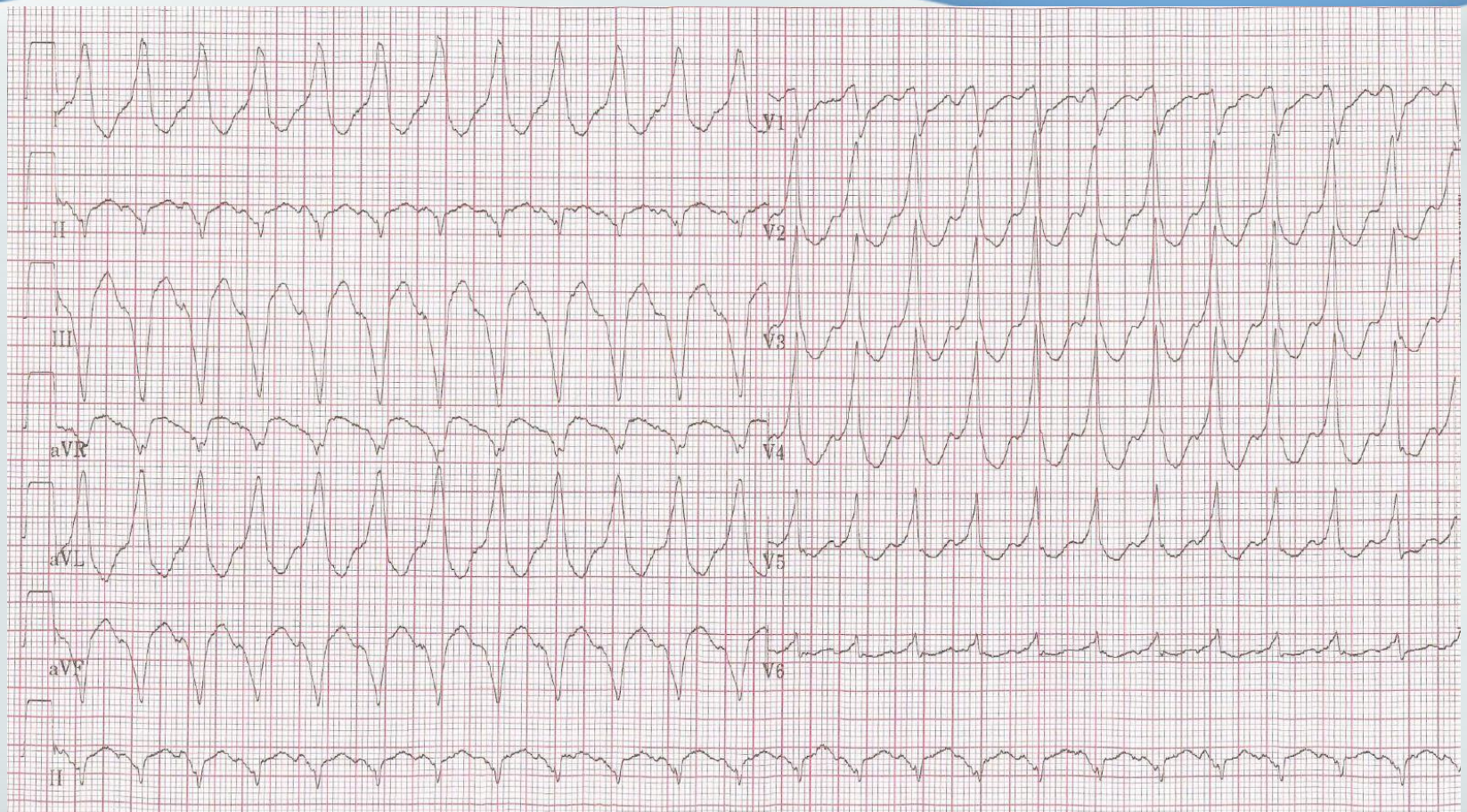
Điện tâm đồ

- QRS: 160-220 ck/ph
- QRS thường giãn rộng, trát đậm, có móc
- Phần lớn là không thất sóng P
Một số ít thấy được P dạng bt, nhưng tách khỏi QRS và đập theo tần số riêng (phân ly thất-nhĩ)

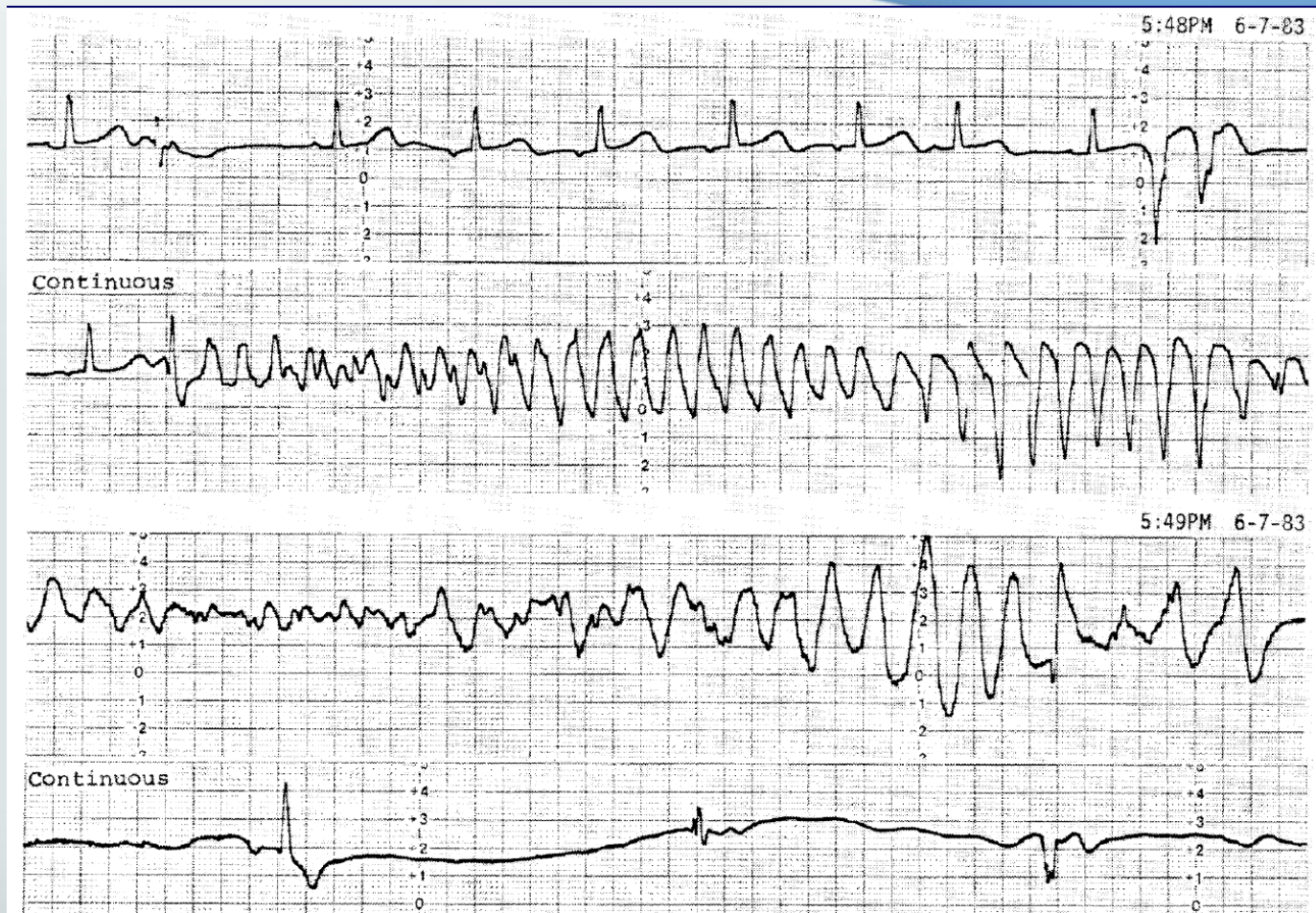
Phân loại

- TNT không bền bở (dưới 30s, tự hết)
- TNT bền bở (trên 30s, thường phải cắt cơ bằng can thiệp)
- TNT do cơ chế vào lại nhánh
- Xoắn đỉnh
- Cuồng thất
- Rung thất

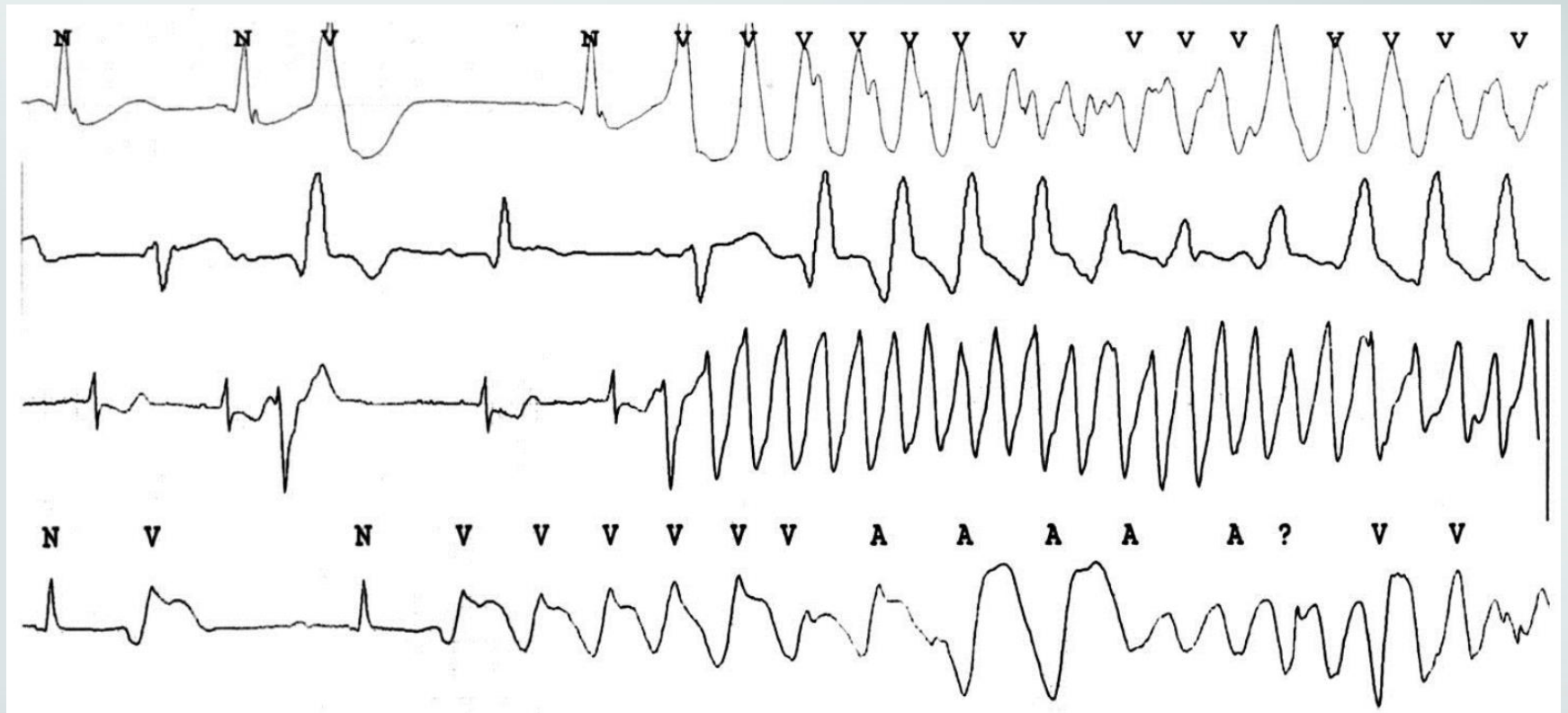
Tim Nhanh Thất



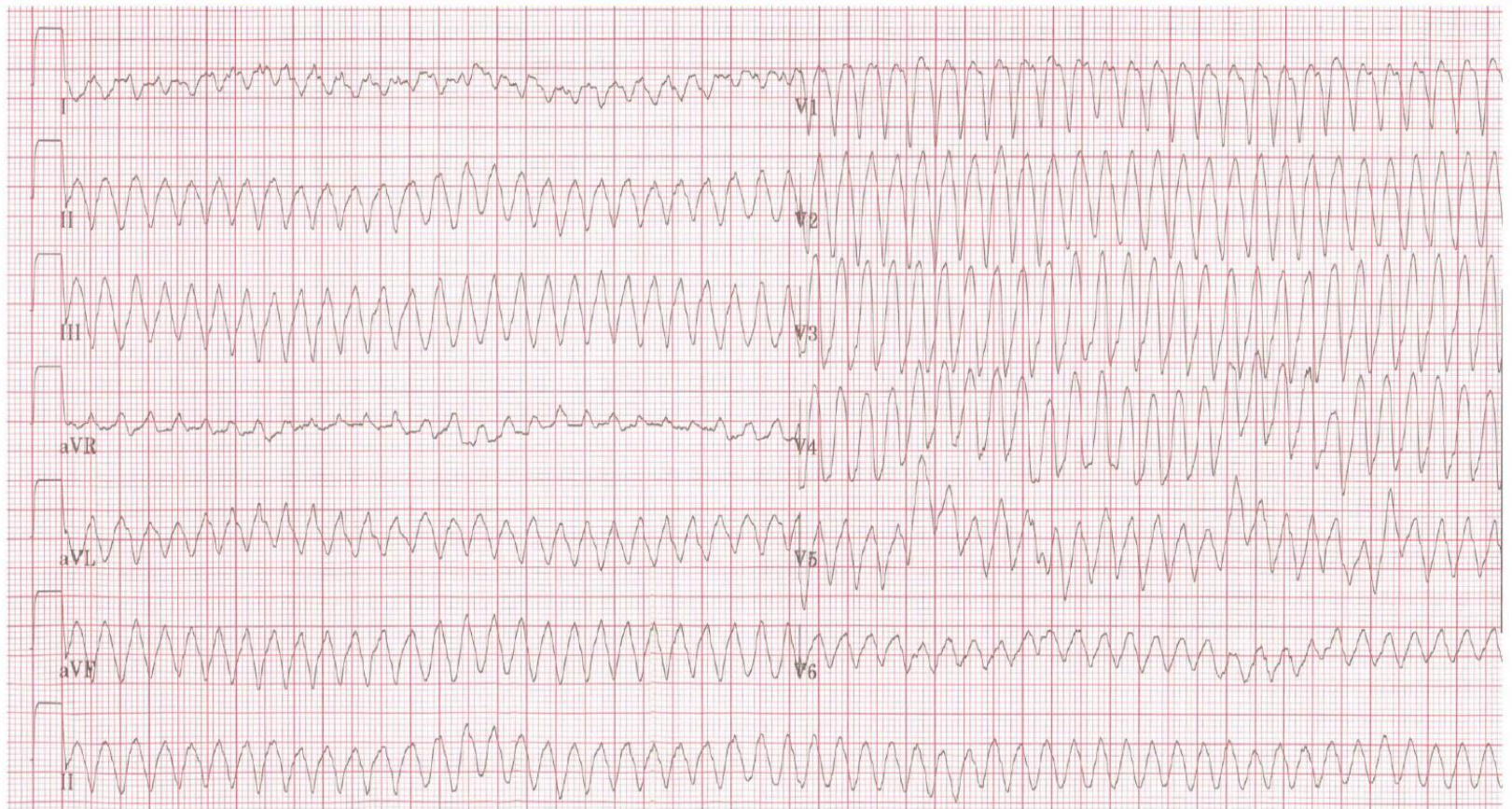
Xoắn đỉnh



Tim nhanh thất đa dạng



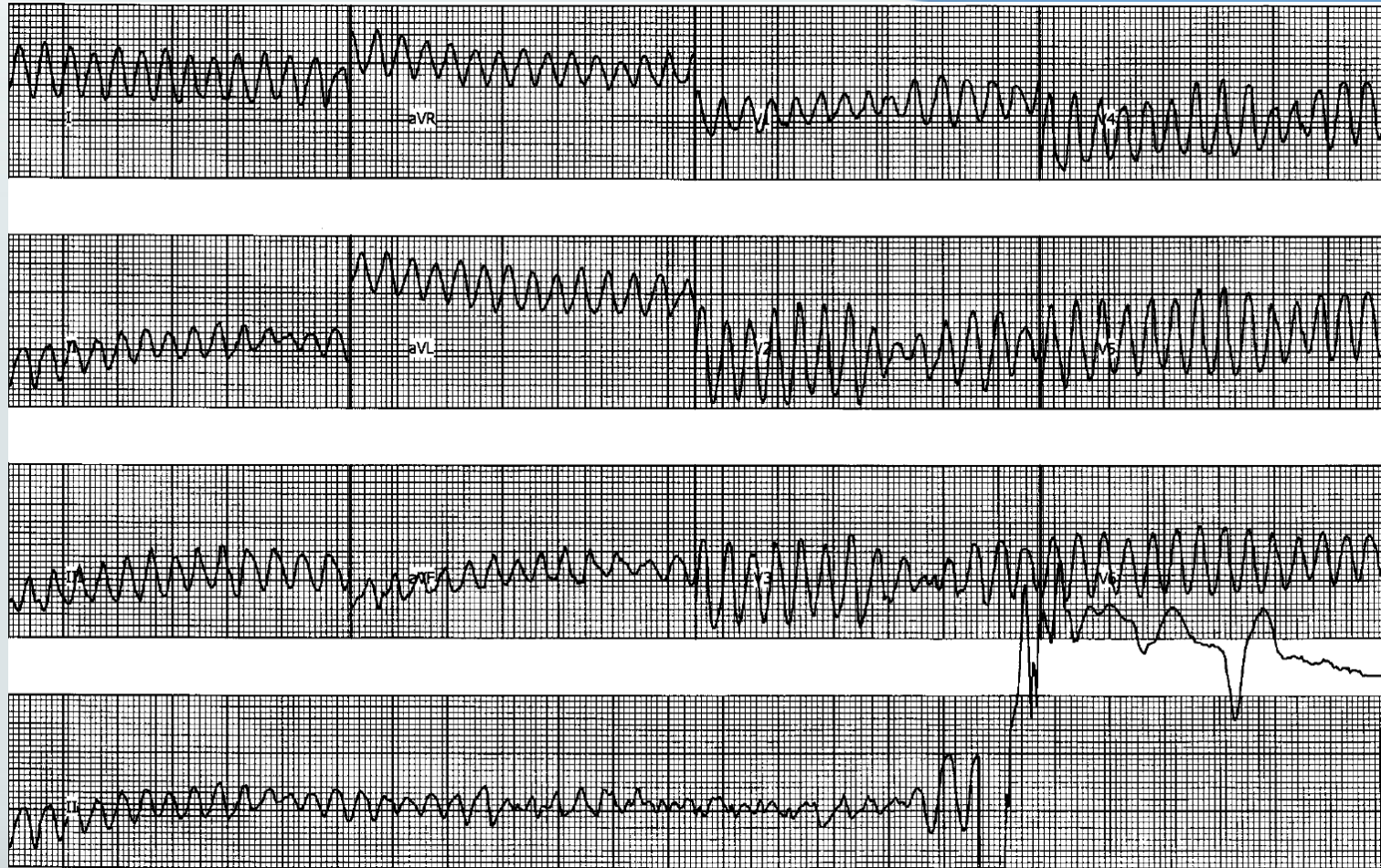
Cuồng thất



Rung thất



Rung thất



Điều trị

- Thở oxy, đường truyền TM, monitor
- Ngừng ngay digitalis nếu đang dùng
- Điều chỉnh các RLĐG
- Nếu tình trạng nguy kịch (RLHĐ) phải shock điện ngay với liều 200-300 W
- Rung thất: Cấp cứu ngừng tuần hoàn: ép tim, phá rung (shock điện không đồng bộ)

- Nếu tình trạng chung không quá nguy kịch có thể tiêm Tm 1 trong những loại thuốc chống loạn nhịp sau:
 - Xylocaine: tiêm Tm 80-100mg (1,5mg/kg) rồi truyền TM duy trì với liều 1-4mg/phút
 - Cordarone: liều 5mg/kg, truyền TM ngày trong 20ph-2h. Liều tối đa: 900 mg/ngày
- Shock điện chuyển nhịp nếu thuốc không cắt được cơn
- Phương pháp điều trị khác
 - Tạo nhịp vượt tần số hiệu quả với TNT vào lại
 - Triệt đốt bằng RF qua ống thông: tỉ lệ thành công cao

BAV

- Mệt mỏi, choáng váng do giảm cung lượng tim
- Cơ n Adam-Stocks: BN mất ý thức, tay chân co quắp, sùi bọt mép
- Bắt mạch, nghe tim:
 - Nhịp tim chậm 30-40 ck/p hoặc thấp hơn
 - Có khi nghe tiếng “đại bác”

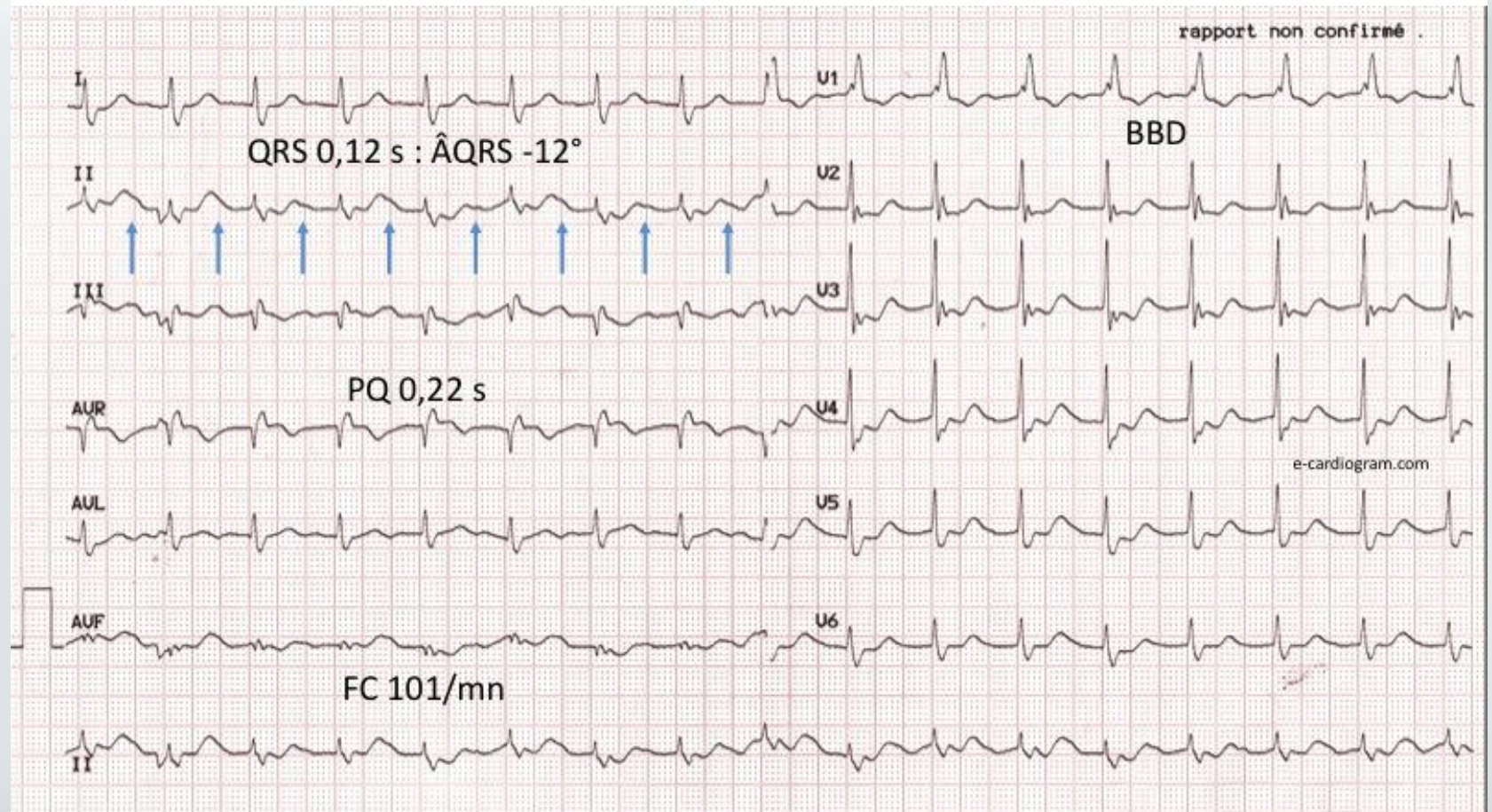
Xử trí cấp cứu cơn nhịp chậm

- Để BN nằm đầu thấp
- Thở Oxy, mắc monitor theo dõi
- Xử trí cấp cứu
 - Atropin $\frac{1}{2}$ -1mg, tiêm TM
 - Ephédrin truyền BTĐ, 2-10 mcg/ph
 - Dopamin truyền BTĐ 2-10 mcg/kg/ph
 - Isuprel ống 0,2mg x 5 ống +G5% x 250 ml, nhỏ giọt TM (điều chỉnh số giọt)
 - Tạo nhịp tim (tạm thời): giải pháp **tối ưu** nhất

Xử trí về dài hạn

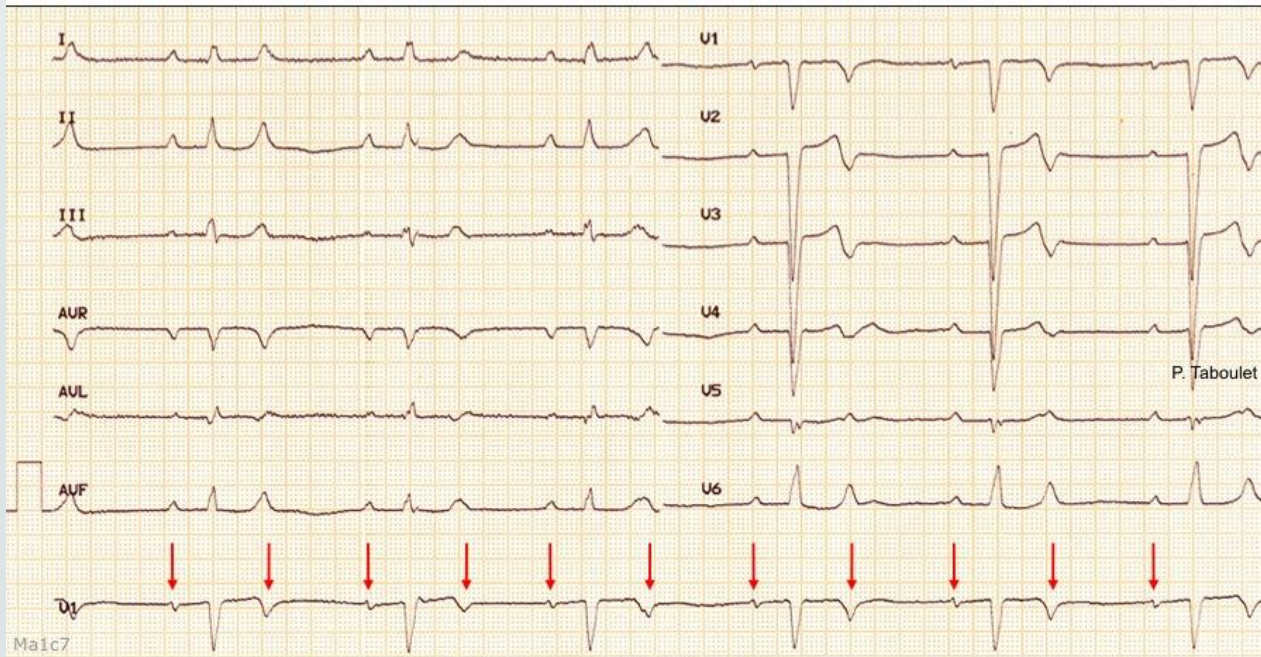
- Cấy máy tạo nhịp (pacemaker) cho các trường hợp BAV gây nhịp chậm có triệu chứng. Thường là cấp III hoặc cấp 2 mobitz II
- BAV I và BAV II kiểu Wenkebach thường không gây triệu chứng nên không cần cấy máy tạo nhịp

Bloc AV du 1er degré



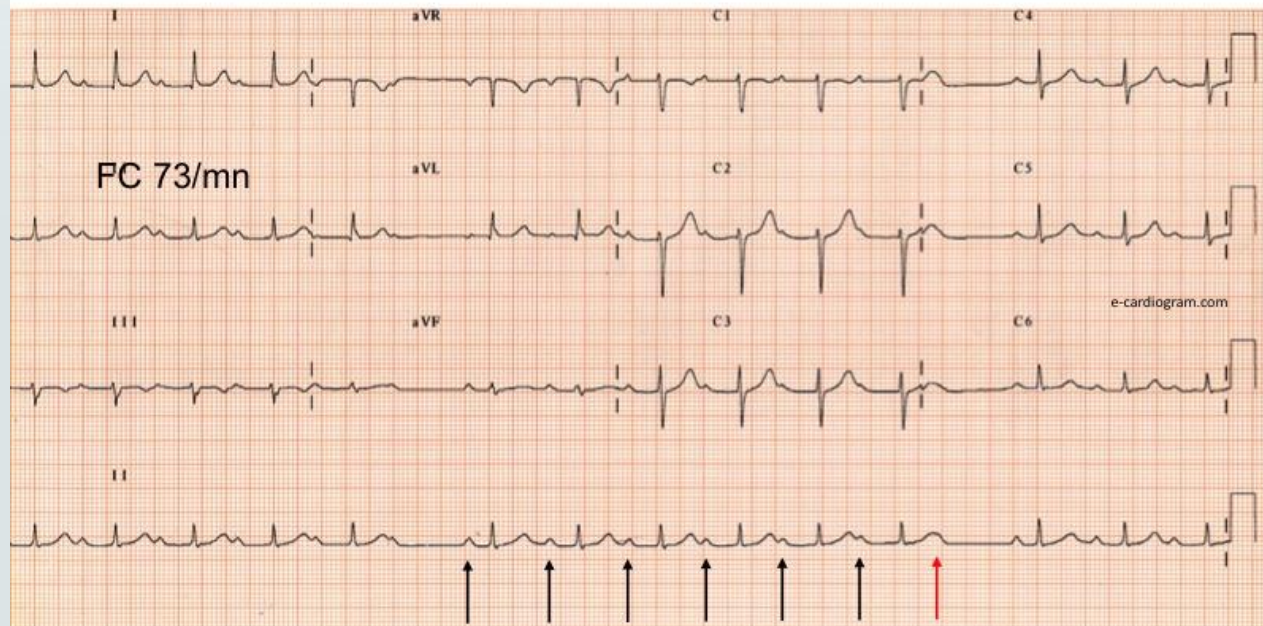
BAV II – Bloc 2 sur 1

Femme 32 ans, sarcoïdose



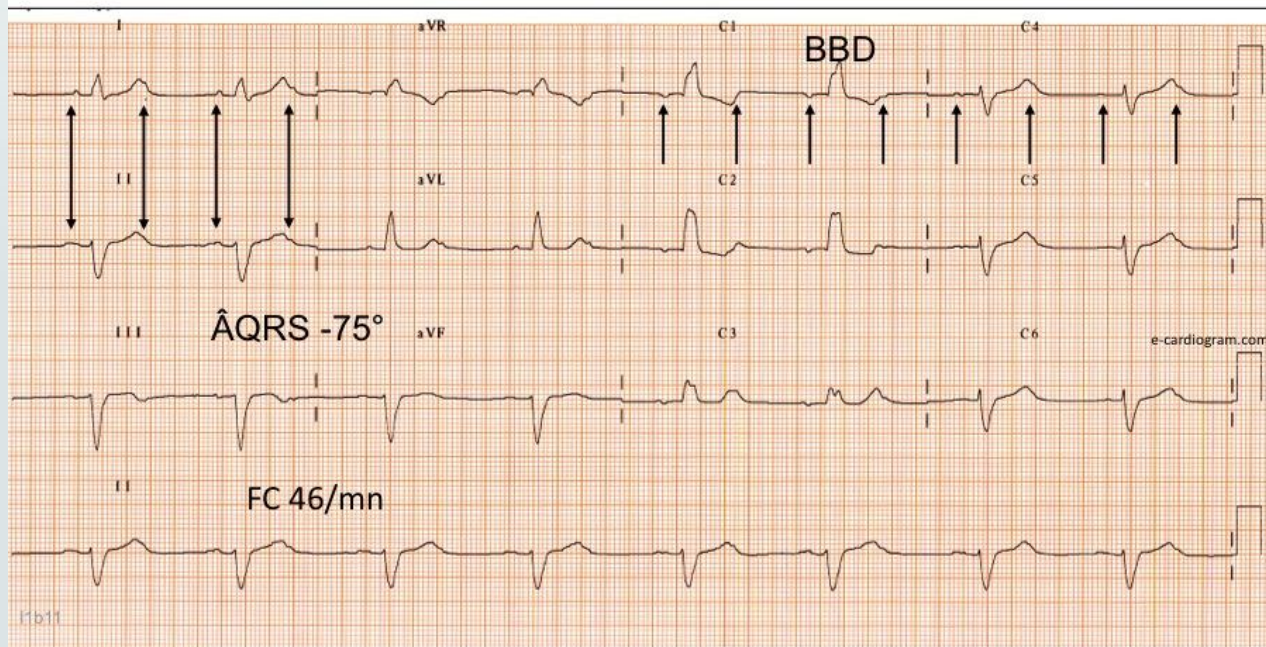
Il peut s'agir d'un bloc Mobitz I de siège nodal (2/1) avec bloc gauche permanent ou Mobitz II (infranodal) avec bloc de branche bilatéral une fois sur 2 (+ probable)

Bloc AV du 2ème degré (Mobitz I : conduction 7-6)



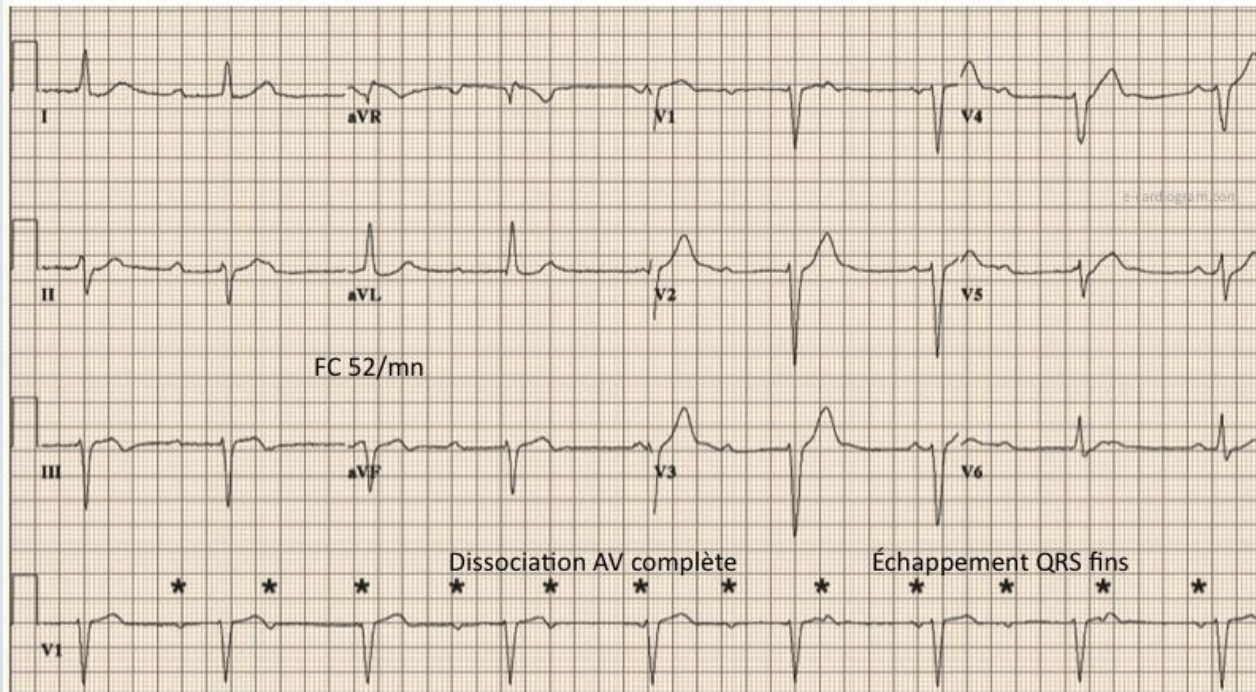
I1b1MobitzUnCom.jpg

BAV II – Mobitz II



Il peut s'agir d'un bloc Mobitz I (2/1) de siège nodal avec bloc bifasciculaire ou d'un Mobitz II avec un influx bloqué une fois sur deux dans le faisceau postérieur gauche. Un Mobitz II (infranodal) est le plus probable (PR normal et bloc bifasciculaire).

BAV du 3^{ème} degré (échappement QRS fins = bloc intranodal)



Tc2c14BAV3NodalSarcoidose.jpg

Tài liệu tham khảo

- Bài giảng: Chẩn đoán và xử trí RL nhịp tim 2016
- Đề cương Nội Trú Nội Khoa

Thank You !!!