**HÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHỊP TIM NHANH**

**A. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHỊP NHANH TRÊN THẤT**

**1. Các Loại Nhịp Nhanh Trên Thất Thường Gặp**

- Nhịp nhanh nhĩ

- Nhịp nhanh do vào lại nút nhĩ thất

- Nhịp nhanh do vào lại nhĩ thất : dẫn truyền xuôi (orthodromic) và dẫn truyền ngược (antidromic)

**2. Chẩn Đoán Nhịp Nhanh Nhĩ**

- Trong cơn nhịp nhanh bệnh nhân có cảm giác hồi hộp, mệt, có lúc buồn nôn, huyết áp thấp.

- Nhịp nhanh nhĩ chiếm từ 10-15% các cơn nhịp nhanh trên thất ở người lớn tuổi thường do bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, bệnh tim cấu trúc.

- ECG:

✓ Hình dạng và trục sóng P khác với sóng P từ nút xoang.

✓ Nhịp đều, ngoại trừ nhịp nhanh nhĩ do tăng tự động tính.

✓ Hình dạng QRS giống như của nhịp xoang trong hầu hết trường hợp

✓ PR có thể bình thường hoặc dài.

✓ Khi có blốc nhĩ thất sẽ có đẳng điện giữa 2 sóng P ở tất cả các chuyển đạo.

**3. Chẩn Đoán Nhịp Nhanh Do Vào Lại Nút Nhĩ Thất**

- Thường gặp ở người trẻ, không có bệnh tim cấu trúc, chiếm khoảng 50% các trường hợp nhịp nhanh trên thất.

- Trong cơn nhịp nhanh bệnh nhân có thể có triệu chứng mệt, hồi hộp, khó thở, tụt huyết áp.

- ECG:

**4. Chẩn Đoán Nhịp Nhanh Do Vào Lại Nhĩ Thất**

- Chiếm gần 40% các trường hợp nhịp nhanh trên thất.

- Trong cơn nhịp nhanh bệnh nhân có thể có triệu chứng mệt, hồi hộp, khó thở, tụt huyết áp

- ECG:

✓ Phức bộ QRS đều, tần số từ 150-250 l/ph.

✓ ECG ngoài cơn có thể có biểu hiện hội chứng WPW.

✓ QRS thường hẹp khi dẫn truyền xuôi chiều (đi xuống qua nút nhĩ thất và đi lên qua đường phụ) và QRS rộng khi dẫn truyền ngược chiều (đi xuống qua đường phụ và đi lên qua nút nhĩ thất).

✓ RP > 70 ms

✓ Sóng P thường có trục trên (phải hoặc trái), trục sóng P giúp gợi ý vị trí đường phụ (ví dụ trục trên giữa, nghĩa là Dương và biên độ sóng bằng nhau ở aVL và aVR gợi ý vị trí đường phụ ở vách)

**5. Điều Trị**

- Nhịp nhanh trên thất kèm rối loạn huyết động (tụt huyết áp, phù phổi cấp, đang NMCT cấp)

✓ Sốc điện chuyển nhịp (50-100 J, sốc điện đồng bộ 2 pha)

- Nhịp nhanh trên thất không kèm rối loạn huyết động:

✓ Adenosin tiêm TM nhanh 6 -12 mg (chống chỉ định ở bệnh nhân hen phế quản, bệnh nhân dị ứng với thuốc, thận trọng ở bệnh nhân có suy nút xoang)

✓ Verapamil dạng uống (Isoptin): 80-120 mg mỗi 8h.

o Verapamil TM nhanh : 2,5-5 mg trong 2 phút, có thể lặp lại sau 30 phút.

✓ Chẹn bêta: Propanolol tiêm TM 1-3mg trong 2-5 phút, có thể dùng đến 5 mg.

Propanolol đường uống: 10-30 mg mỗi 6-8 giờ.

- Điều trị lâu dài:

✓ Bằng thuốc: có thể dùng Digoxin, Verapamil (Isoptin), Amiodarone, Ức chế beta.

✓ Khảo sát cắt đốt điện sinh lý: khi cơn nhịp nhanh xảy ra thường xuyên, xảy ra trên bệnh nhân có hội chứng WPW kèm rung nhĩ. Tỷ lệ thành công của cắt đốt là 95%.

**B. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHỊP NHANH THẤT**

**1. Định Nghĩa**

Là các cơn nhịp nhanh xuất phát từ tâm thất, vị trí tính từ chổ phân nhánh của bó His xuống dưới.

Nhịp nhanh thất không kéo dài (non-sustained) khi thời gian cơn nhịp nhanh < 30 giây, kéo dài (sustained) khi cơn kéo dài > 30 giây.

**2. Chẩn Đoán**

- Tần số thất thường từ 120-240 l/ph

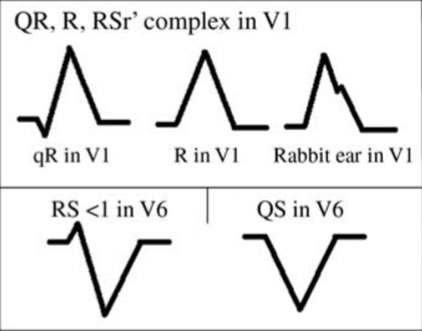
- QRS rộng > 120ms

- Sóng P có hình dạng giống của P xoang, có phân ly nhĩ thất.

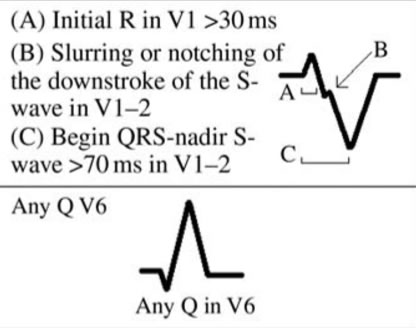
- Có nhịp thoát, nhịp hỗn hợp.

- Phân biệt nhịp nhanh thất và nhịp nhanh trên thất với dẫn truyền lệch hướng: Các dấu hiệu sau đây gợi ý nhịp nhanh thất

Phức bộ QRS có dạng blốc nhánh phải có QRS ≥ 140ms, trục trái kèm hình dạng QRS như sau:



Phức bộ QRS dạng blốc nhánh trái có QRS > 160ms, trục lệch phải kèm điện tâm đồ có hình dạng sau đây:



- Điện tâm đồ còn giúp phát hiện:

✓ Sóng Q trong NMCT cũ.

✓ QT dài hoặc QT ngắn.

✓ Hội chứng Brugada.

✓ Sóng Epsilon trong bệnh loạn sản thất phải.

✓ Nhịp nhanh thất 2 hướng hoặc nhịp nhanh thất đa dạng do Catecholamin.

✓ Thay đổi ST-T trong rối loạn điện giải.

- Điện tâm đồ 24 giờ (Holter) giúp:

Chỉ định loại I

✓ Holter ĐTĐ được chỉ định nhằm chấn đoán xác định rối loạn nhịp tim, đánh giá sự biến đổi của đoạn QT, của sóng T, của đoạn ST. Từ đó đánh giá nguy cơ và có hướng điều trị thích hợp (Mức chứng cứ: A).

✓ Máy ghi sự kiện được chỉ định khi có những triệu chứng nghi ngờ do rối loạn nhịp tim gây ra. Các triệu chứng này thường xuất hiện thưa thớt. Máy giúp cho việc xác định triệu chứng đó có phải do rối loạn nhịp tim gây ra hay không (Mức chứng cứ: B).

✓ Máy ghi điện tâm đồ cấy dưới da (Loop Recorder) được chỉ định cho những trường hợp có triệu chứng nghi ngờ do rối loạn nhịp tim gây ra, ví dụ như ngất. Trong khi đó, các phương pháp ghi điện tâm đồ khác không chứng minh được mối liên quan giữa rối loạn nhịp tim và triệu chứng đó (Mức chứng cứ: B).

Chỉ định loại Ila

✓ Có thể sử dụng phương pháp đánh giá luân phiên sóng T (T wave alternans) để giúp thêm cho việc chấn đoán và phân tầng nguy cơ ở những bệnh nhân có rối loạn nhịp thất hoặc có nguy cơ bị những rối loạn nhịp thất nguy hiểm (Mức chứng cứ: A).

**3. Điều Trị Cắt Cơn Nhịp Nhanh Thất.**

- Nhịp nhanh thất có rối loạn huyết động:Sốc điện chuyển nhịp đồng bộ, 2 pha, mức năng lượng 150-200 J.

- Nhịp nhanh thất không có rối loạn huyết động: có thể dùng thuốc truyền TM như Amiodarone, Lidocaine, Procainamide, ức chế beta. Amiodarone và Lidocaine thường được dùng ở bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm thu thất trái (EF < 40%).

Amiodarone khởi đầu truyền TM 150 mg trong 10 phút, sau đó duy trì 1 mg/phút trong 6 giờ tiếp theo, sau đó 0,5 mg/phút trong 18 giờ sau.

Lidocaine liều 1 mg/kg tiêm TM trong 2 phút, có thể lặp lại mỗi 5-10 phút cho đến tổng liều là 3mg/kg.

- Điều trị lâu dài:

✓ Tìm và điều trị nguyên nhân, điều trị theo cơ chế, điều trị yếu tố khởi phát.

✓ Ngừng ngay tất cả những thuốc nghi ngờ là nguyên nhân gây rối loạn nhịp.

✓ Điều trị bằng thuốc.

✓ Cấy máy tạo nhịp và cấy máy phá rung (xem chỉ định điều trị bằng thiết bị).

✓ Điều trị bằng năng lượng sóng có tần số Radio.

**4. Một Số Dạng Nhịp Nhanh Thất Thường Gặp**

- Nhịp nhanh thất do thiếu máu cục bộ cơ tim

- Nhịp nhanh thất do thuốc

- Nhịp nhanh thất xuất phát từ bó nhánh

- Nhịp nhanh thất xuất phát từ buồng tống

- Nhịp nhanh thất do loạn sản thất phải

- Xoắn đỉnh

**5. Chỉ Định Khảo Sát Điện Sinh Lý Tim**

Cơn nhịp nhanh có QRS giãn rộng (≥ 120 ms) có thể là cơn nhịp nhanh trên thất kèm theo dẫn truyền lệch hướng (blốc nhánh thực thể hay chức năng); cơn nhịp nhanh vào lại nhĩ thất kiểu chiều ngược (antidromic) và cơn nhịp nhanh thất.

Chẩn đoán chính xác cơ chế cơn nhịp nhanh có vai trò hết sức quan trọng đối với chỉ định điều trị. Điện tâm đồ bề mặt thường gặp khó khăn trong việc đánh giá cơn nhịp nhanh với QRS giãn rộng trong khi thăm dò ĐSLT cho phép chẩn đoán chính xác cơ chế gây cơn nhịp nhanh gần như trong mọi trường hợp.

Chỉ định loại I

Trường hợp cơn nhịp nhanh có QRS giãn rộng khi điện tâm đồ thường quy không xác định được chính xác cơ chế gây cơn nhịp nhanh để lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.

Chỉ định loại II

Không có

Chỉ định loại III

Trường hợp cơn nhịp nhanh thất hoặc nhịp nhanh trên thất có dẫn truyền lệch hướng hoặc có kèm theo hội chứng tiền kích thích đã được chẩn đoán xác định bằng điện tâm đồ thường quy và kết quả thăm dò ĐSLT không làm thay đổi chỉ định điều trị.