

RỐI LOẠN NHỊP CHẬM

I. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn nhịp tim chậm là một cấp cứu rối loạn nhịp thường gặp nhất ở trẻ em. Có thể biểu hiện từ nhẹ không triệu chứng đến nặng gây ra thiếu máu não, tim và các cơ quan khác, có thể dẫn đến tử vong. Nguyên nhân có thể do bẩm sinh hay mắc phải: bạch hầu; viêm cơ tim do siêu vi, do vi trùng hoặc do bệnh lý miễn dịch; ngộ độc thuốc, độc tố thức ăn, thiếu oxy, xảy ra sau thủ thuật phẫu thuật tim, tăng áp lực nội sọ.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

a) Hỏi bệnh:

- Thời gian xuất hiện triệu chứng: cấp hay mãn tính.
- Cơ năng: bao nhiêu lần? xuất hiện tự nhiên hay gắng sức? kéo dài bao lâu? có kèm co giật hay không?
- Triệu chứng đi kèm: nặng ngực, mệt, chóng mặt, hoa mắt, vã mồ hôi, lạnh tay chân, tiểu ít, bở bú, quấy khóc, hoặc li bì.
- Triệu chứng bệnh bạch hầu, hay triệu chứng viêm long trước đó: sốt, ho sổ mũi; triệu chứng tăng áp lực nội sọ.
- Hỏi tìm bệnh cảnh miễn dịch với tổn thương đa cơ quan.
- Có dùng thuốc làm chậm nhịp tim như: ức chế beta, ức chế calci, Digoxin, Amiodaron; hay thuốc nhỏ mũi có Naphthazoline.
- Có ăn thức ăn gì trước đó: cá nóc, cóc...
- Tiền căn phẫu thuật, thông tim.

b) Khám lâm sàng:

- Đánh giá dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác.
- Da lạnh niêm tái nhợt, vã nhiều mồ hôi.
- Nghe tim: nhịp chậm đều hoặc không đều. Cường độ T1 thay đổi, âm thổi tâm thu ở ổ van ĐMC, ĐMP.
- Khám tim dấu hiệu suy tim.
- Khám tìm bệnh cảnh căn nguyên.
- Nếu có cao huyết áp cần soi đáy mắt và tìm dấu hiệu tăng áp lực nội sọ.

c) Đề nghị cận lâm sàng:

Xét nghiệm thường quy:

- ECG
- X quang tim phổi
- Ion đồ máu.
- Siêu âm tim

Xét nghiệm tìm nguyên nhân:

- Phết họng soi tìm vi trùng dạng bạch hầu
- VS, CRP, ASO nếu nghi do thấp tim.

- CK, Troponine I nếu nghi ngờ viêm cơ tim, bệnh cơ tim.
- Đo nồng độ Digoxin trong máu nếu nghi ngờ ngộ độc Digoxin
- Nghiệm pháp đánh giá chức năng nút xoang
- MECHO não nếu nghi ngờ tăng áp lực nội sọ. CT scan sọ não nếu có thể.

2. Chẩn đoán:

2.1 Chẩn đoán nhịp chậm:

Nhịp chậm xoang	Block A-V độ I	Block A-V độ II			Block A-V độ III
		Mobitz I	Mobitz II	Block A-V cao độ	
<ul style="list-style-type: none"> • 2t NT < 90 l/p • <11t NT < 80 l/p • >11t NT < 60 l/p • P (+) ở DI,II, aVF 	<ul style="list-style-type: none"> • <12th PR > 0.14s • <12t PR > 0.16s • >12t PR > 0.18s 	<ul style="list-style-type: none"> • PR dài dần đến khi QRS mất 	<ul style="list-style-type: none"> • QRS mất đột ngột • PR bình thường hoặc dài 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobitz II với tỷ lệ 2:1;3:1; 4:1 	<ul style="list-style-type: none"> • Phân ly nhĩ thất • Nhịp nhĩ BT • Nhịp thất 40-50 l/p

NT: nhịp tim; CD: chuyển đạo; BT: bình thường

2.2 Phân độ nặng:

Trung bình	Nặng	Rất nặng
Không triệu chứng Huyết động học ổn định Nhịp tim ≥ 45 l/p	Có triệu chứng giảm tưới máu não, mạch vành hoặc nhịp thất ≤ 50 l/p và nhịp nhĩ >140 l/p hoặc Nhịp thất ≤ 45 l/p hoặc QRS rộng	Suy tim sung huyết Sốc tim Rối loạn tri giác

Trong các loại nhịp chậm trên thì:

- Nhịp chậm xoang, Bloc A-V độ I, độ II Mobitz I diễn tiến lành tính thường không cần can thiệp điều trị.
- Block A-V độ II Mobitz II, Block A-V cao độ hay Block A-V độ III diễn tiến nặng, thường cần can thiệp điều trị

2.3 Nguyên nhân:

- a) Giảm oxy máu, giảm thân nhiệt

- b) Bệnh tim mạch:
Sau phẫu thuật tim, Suy giảm chức năng nút xoang, nút nhĩ thất, hệ thống His-Purkinje bẩm sinh hoặc mắc phải, Bệnh cơ tim (Duchenne), bệnh tim bẩm sinh.
- c) Ngộ độc: Thuốc ức chế beta, ức chế kênh calci, Digoxin, Amiodarone, thuốc nhỏ mũi, thức ăn (cóc, cá nóc...)
- d) Tăng áp lực nội sọ.
- e) Phản xạ giao cảm: đặt nội khí quản, sonde dạ dày, hút đàm nhớt.
- f) Viêm cơ tim do: siêu vi, vi trùng (bạch hầu, thương hàn...), bệnh lý miễn dịch.
- g) Rối loạn điện giải: tăng kali máu

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Dùng thuốc làm tăng nhịp tim.
- Đặt máy tạo nhịp khi có chỉ định.
- Điều trị nguyên nhân.

2. Dùng thuốc làm tăng nhịp tim:

Chỉ định dùng thuốc khi nhịp chậm có ảnh hưởng đến huyết động học, đối với block AV thường chỉ định trong trường hợp Block AV độ II Mobitz II, hay Block A-V cao độ, Block AV độ III. Các bước điều trị bao gồm:

- a) Thở oxy.
- b) Atropine 0.02 mg/kg liều tiêm mạch chậm.
 - Khoảng thời gian cho phép lặp lại thay đổi từ 3-5 phút. Khoảng thời gian này thay đổi tùy tình trạng và cơ địa bệnh nhân.
 - Đôi khi không có hiệu quả trong block A-V độ II - Mobitz II (cao độ) và block A-V độ III. Ngược lại nó có thể gây tăng block A-V, giảm đáp ứng thất và tụt huyết áp.
- c) Nếu không đáp ứng, dùng Epinephrine 1 µg/kg tiêm mạch, sau đó:
 - Epinephrine truyền tĩnh mạch liên tục liều bắt đầu 0.1 µg/kg/phút.
 - hay Isoproterenol truyền tĩnh mạch liên tục liều bắt đầu 0.1 µg/kg/phút.

3. Đặt máy tạo nhịp:

- **Chỉ định đặt máy tạo nhịp:**
Thường đặt ra đối với Bloc A-V độ II Mobitz II, Block A-V độ II cao độ (2:1; 3:1; hay 4:1), Block A-V độ III.
- **Chỉ định đặt máy tạm thời:**
Nhịp chậm có triệu chứng nặng ảnh hưởng đến tính mạng; cơn ngất xảy ra nhiều lần, cơn ngất kèm rối loạn ý thức nặng kéo dài, suy tim ứ huyết, sốc tim không đáp ứng với điều trị thuốc. Thường được chỉ định trong những trường hợp cấp cứu và nguyên nhân có thể giải quyết

được, hoặc trong trường hợp khẩn cấp có rối loạn huyết động học đang chờ đợi đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn.

- **Chỉ định đặt máy vĩnh viễn:**

- Nhịp chậm nặng: <55 l/p ở trẻ <12 tháng; 50 l/p ở trẻ > 12 tháng; < 40 l/p ở trẻ > 12 tuổi chưa có triệu chứng.

- Có triệu chứng: cơn ngất, chóng mặt, hạn chế sinh hoạt, tim lớn dần có dấu hiệu suy tim, hay giai đoạn vô tâm thu trên ECG dài > 3s.

Thường được chỉ định trong những trường hợp mãn tính do nguyên nhân bẩm sinh.

4. Điều trị nguyên nhân: tùy theo nguyên nhân sẽ có điều trị cụ thể.

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ NHỊP CHẬM

NHỊP TIM CHẬM

- **Chậm tuyệt đối** : nhịp tim < 60 lần/ phút
- **Chậm tương đối** : *nhịp tim chậm không tương xứng với tình trạng bệnh lý hoặc tuổi hoặc nguyên nhân gây bệnh*

Đánh giá ban đầu theo thứ tự ABC

- Đánh giá đường thở, hô hấp, tuần hoàn
- Bảo đảm thông khí an toàn
- Chuẩn bị máy monitor theo dõi ECG + máy phá rung

Đánh giá kế tiếp theo thứ tự ABC

- Bệnh nhân có cần giúp thở không?
- Cho thở O₂ – thiết lập đường truyền TM – gắn monitor – truyền dịch
- Đánh giá dấu hiệu sinh tồn, SpO₂, theo dõi huyết áp
- Đo ECG 12 đạo trình
- X quang ngực thẳng tại giường
- Hỏi bệnh sử – Khám lâm sàng
- Tìm nguyên nhân (các chẩn đoán phân biệt)

Có nguy cơ vô tâm thu không?

- Tiền căn có bị vô tâm thu
- Block A-V độ II – Mobitz II
- Ngừng tim > 3 giây
- Block A-V độ III, QRS dẫn rộng

KHÔNG

CÓ

Có dấu hiệu hoặc triệu chứng nguy hiểm?

- Đau ngực, thở gấp, rối loạn tri giác
- HA thấp¹, sốc, ứ huyết phổi, suy tim
- Nhịp tim < 40 lần/ phút
- Loạn nhịp thất

Atropin² IV : 0,02 mg/ kg

- Tối thiểu : 0,1 mg/ liều
- Tối đa : 0,5 mg/ liều (trẻ em)
1 mg/ liều (thiếu niên)
- Có thể lặp lại mỗi 3-5 phút
- Tổng liều ≤ 0,04 mg/ kg (trẻ em)
≤ 3 mg (thiếu niên)

KHÔNG

CÓ

Theo dõi

Atropin² IV : 0,02 mg/ kg

- Tối thiểu : 0,1 mg/ liều
- Tối đa : 0,5 mg/ liều (trẻ em)
1 mg/ liều (thiếu niên)
- Có thể lặp lại mỗi 3-5 phút
- Tổng liều ≤ 0,04 mg/ kg (trẻ em)
≤ 3 mg (thiếu niên)

HỘI CHẨN TIM MẠCH

Hồi sức nội khoa

- Dopamin³ TTM: 5-20µg/kg/phút
- Epinephrine⁴ TTM: 0.01-0.03 µg/kg/phút
- Isoproterenol⁵ TTM: 0.01-0.1 µg/kg/phút

Đặt máy tạo nhịp qua da
Đặt máy tạo nhịp tạm thời qua TM⁶

ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ

CÓ

KHÔNG

HỘI CHẨN TIM MẠCH

¹ **Huyết áp thấp** được kết luận dựa trên bảng chuẩn huyết áp theo tuổi.

² **Atropin**

- Khoảng thời gian cho phép lặp lại thay đổi từ 3-5 phút. Khoảng thời gian này thay đổi tùy tình trạng và cơ địa bệnh nhân.
- Đôi khi không có hiệu quả trong block A-V độ II - Mobitz II (cao độ) và block A-V độ III. Ngược lại nó có thể gây tăng block A-V, giảm đáp ứng thất và tụt huyết áp.

³ **Dopamin** phải được bắt đầu ở liều 5µg/ kg/ phút, có tác dụng α và β_1 adrenergic.

⁴ **Epinephrine** phải được bắt đầu ngay, thay cho Dopamin, nếu nhịp tim quá chậm và tụt huyết áp.

⁵ **Isoproterenol** phải được sử dụng hết sức cẩn thận. Phải cân nhắc giữa lợi và hại. Nó làm tăng nhịp tim nhưng có thể gây tăng tiêu thụ oxy cơ tim và dẫn mạch ngoại biên. Do đó Isoproterenol sẽ :

- Chỉ định trong : nhịp tim chậm không có triệu chứng
- Chống chỉ định tuyệt đối trong : ngưng tim
- Chống chỉ định tương đối trong : nhịp tim chậm có triệu chứng kèm tụt huyết áp

Chú ý : Khi chưa đặt máy tạo nhịp, không được dùng Lidocaine cho những trường hợp block nhĩ thất độ II, III có nhịp thất thoát nút.