

# CƠ NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT

## I. ĐẠI CƯƠNG:

Cơ nhịp nhanh kịch phát trên thất là một loại loạn nhịp tim nhanh xuất phát từ trên thất khiến tim đập rất nhanh, 150-300 lần/phút, dẫn tới suy tim, sốc tim và có thể gây tử vong nếu không điều trị kịp thời.

Nguyên nhân có thể do có các đường dẫn truyền phụ, bệnh tim bẩm sinh, bệnh van tim, bệnh cơ tim giãn nở, u tim, sau phẫu thuật tim; cũng có trường hợp không tìm thấy nguyên nhân.

Hai cơ chế chính gây ra cơ nhịp nhanh kịch phát trên thất là vòng vào lại và tăng tự động tính ở trên thất.

## II. CHẨN ĐOÁN :

### 1. Công việc chẩn đoán:

#### a) Hỏi bệnh:

- Tiền căn: bệnh tim, cơn nhịp nhanh trước đó.
- Triệu chứng cơ năng: khó thở, mệt, đau ngực, hồi hộp, quấy khóc, bứt rứt, vật vã, vã mồ hôi, ói mửa, phù, tiểu ít, co giật, ngất.
- Các triệu chứng xuất hiện bao lâu?

#### b) Khám bệnh: khám toàn diện chú ý

- Dấu hiệu sốc: mạch, huyết áp, nhịp thở, da niêm, tri giác, nước tiểu.
- Khám tim: tim to, nhịp tim nhanh 150-300 lần/ phút, có thể không đếm nổi.
- Phổi có rales ẩm. Gan to.

#### c) Đề nghị xét nghiệm:

- ECG
- X quang phổi thẳng.
- Siêu âm tim
- Nếu có sốc: CTM, đường huyết, chức năng thận, ion đồ máu, tổng phân tích nước tiểu

### 2. Chẩn đoán xác định: dựa trên ECG

- Tần số tim  $\geq 150 - 300$  lần / phút
- Sóng P : có thể thấy được hoặc không, có thể đi trước hoặc sau QRS.
- Phức bộ QRS-T có thể bình thường hoặc giãn rộng.

### 3. Chẩn đoán phân biệt:

- **Giữa cơ chế vòng vào lại và cơ chế tăng tự động tính:**

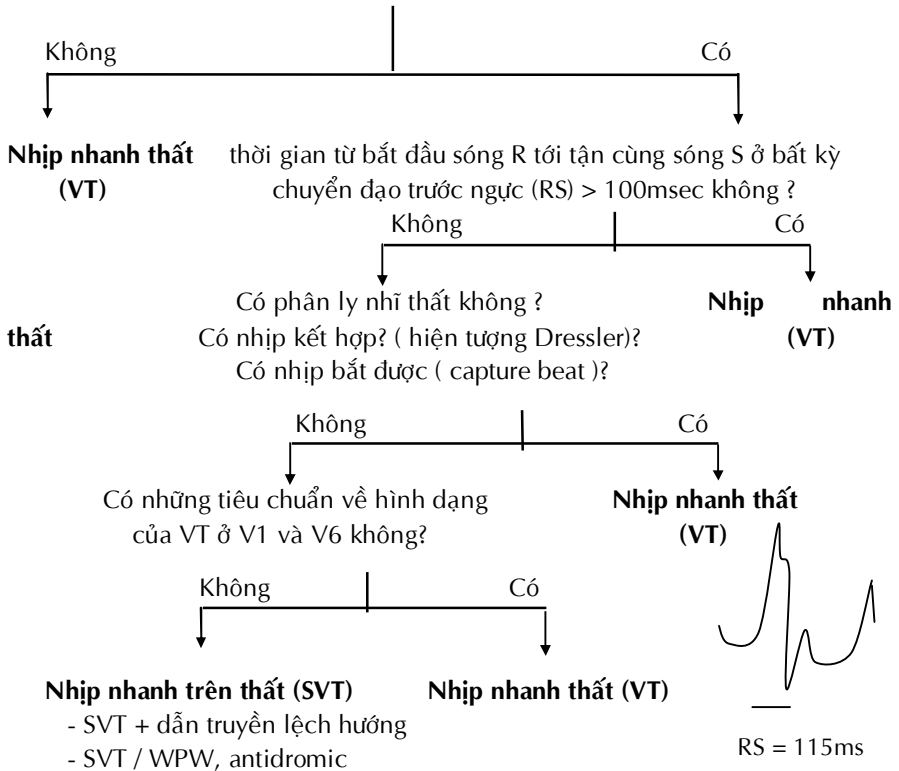
Dựa vào ECG:

<i>Tăng tự động tính</i>	<i>Vòng vào lại</i>
--------------------------	---------------------

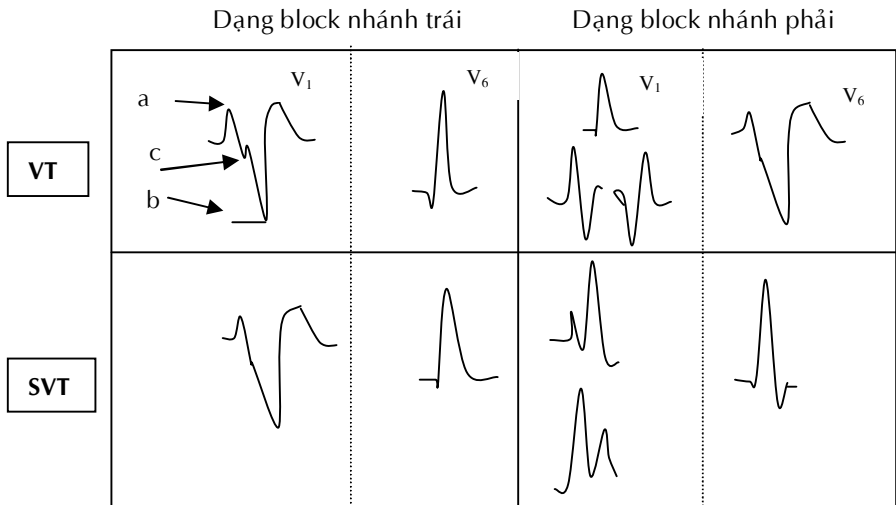
1- Có hiện tượng “hâm nóng” (nhịp nhanh dần lên). 2- Sóng P’ đầu tiên và tất cả sóng P’ trong chuỗi nhịp nhanh đều giống nhau. 3- Kích thích sớm khởi phát cơn nhịp nhanh. 4- P’-R đầu tiên không dài. 5- Trong cơn và khi ra cơn có thể có A-V block.	1- Không có hiện tượng “hâm nóng” (“warm up”). 2- Sóng P’ đầu tiên khác với các sóng P’ trong chuỗi nhịp nhanh. 3- Kích thích sớm có thể khởi phát hoặc chấm dứt cơn nhịp nhanh. 4- P’-R đầu tiên dài hoặc bình thường. 5- Có thể có A-V block trừ vòng vào lại nhĩ thất qua các con đường dẫn truyền phụ. Khi ra cơn không có A-V block.
--	---

- Với cơn nhịp nhanh thất (nếu phức bộ QRS-T biến dạng):

Có thấy dạng RS trên bất kỳ chuyển đạo trước ngực (V1 - V6) không ?



**Chú ý:** có những trường hợp không phân biệt được cơ chế, không phân biệt được nhịp nhanh trên thất hay tại thất.



### III. ĐIỀU TRỊ :

#### 1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị cắt cơn.
- Điều trị duy trì ngừa cơn tái phát.
- Điều trị nguyên nhân.

#### 2. Điều trị cụ thể:

##### a) Điều trị cắt cơn :

- ↳ Mặc monitor theo dõi ECG liên tục và xử trí theo lưu đồ bên dưới
- ↳ Nghiệm pháp kích thích dây X:

- Phản xạ lặn:

- Áp dụng cho trẻ nhũ nhi.
- Chuẩn bị sẵn một đường truyền tĩnh mạch để phòng ngừa trường hợp nhịp tim xuống chậm quá và ngưng thở.
- Cho nước đá vào một cái găng tay, buộc kín lại, đặt lên mặt trẻ trong 20 giây.

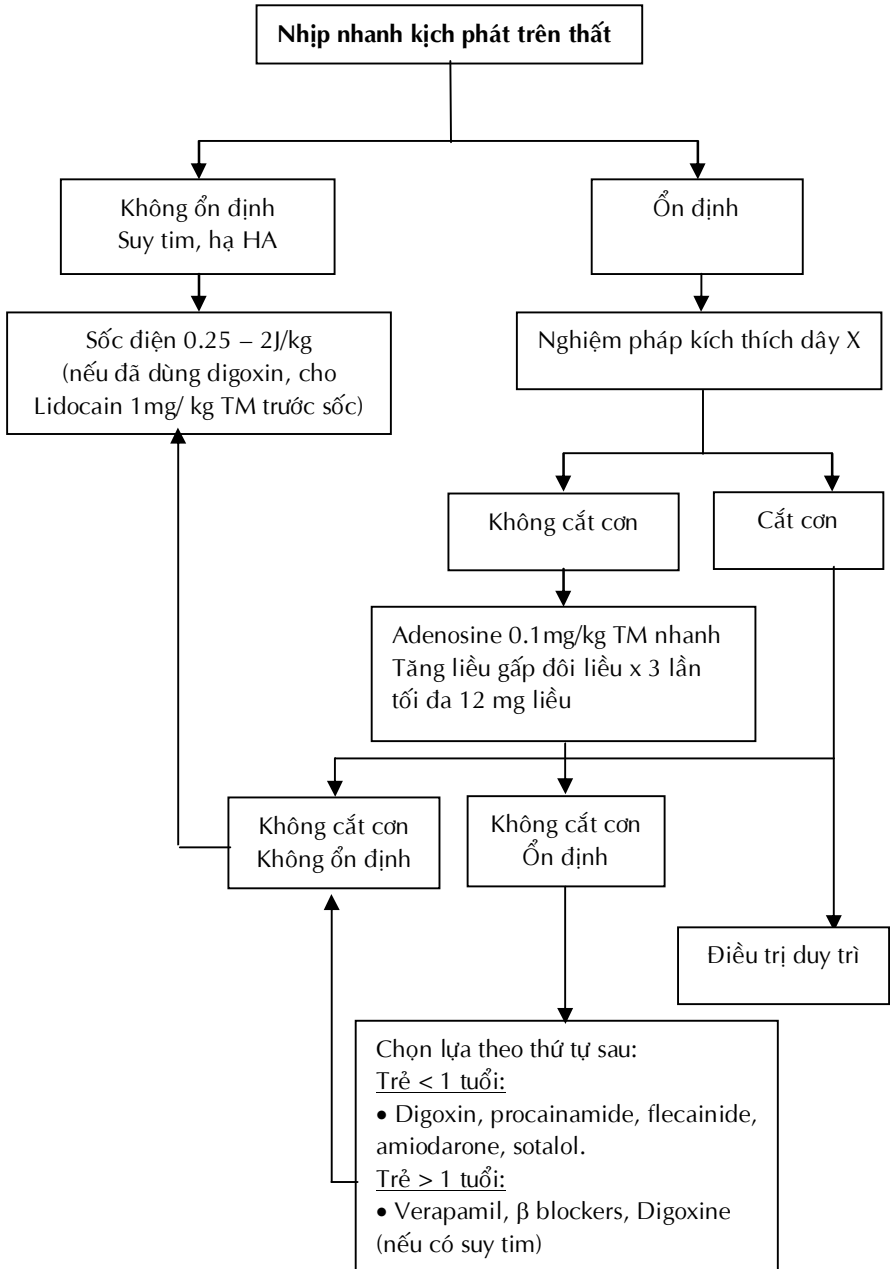
- Nghiệm pháp xoa xoang cảnh:

- Áp dụng cho trẻ lớn.
- Bệnh nhân nằm ngửa, cổ duỗi và quay sang một bên. Người thực hiện đứng phía sau bệnh nhi, dùng hai ngón tay 2,3 đặt vào vị trí xoang cảnh và cảm nhận mạch cảnh đập, vừa ấn nhẹ, vừa xoa trong 15-20 giây, cùng lúc quan sát ECG, ngưng nếu nhịp chậm lại. Làm bên phải trước, nếu thất bại đợi 2-3 phút, rồi làm lại bên trái.

- Nghiệm pháp Valsava: dành cho trẻ lớn, biết hợp tác.

- Nếu không phân biệt được với nhịp nhanh thất: xử trí như nhịp nhanh thất.

## LƯU ĐỒ XỬ TRÍ NHỊP NHANH TRÊN THẤT



### b) Điều trị ngừa cơn tái phát:

- Không cần điều trị ngừa cơn nếu:

- Cơ không thường xuyên.
- Cơ xảy ra không nặng (không suy tim, không rối loạn huyết động, không ngất).
- Cắt cơ dễ dàng.
- *Điều trị ngừa cơn bằng thuốc theo kinh nghiệm nếu :*
  - Lên cơn thường xuyên.
  - Cơ xảy ra không nặng (không suy tim, không rối loạn huyết động, không ngất).
  - Cắt cơ dễ dàng.
- *Điều trị ngừa cơn bằng sóng cao tần theo hướng dẫn của thử nghiệm điện sinh lý nếu:*
  - Lên cơn thường xuyên
  - Cơ xảy ra nặng (suy tim, rối loạn huyết động, ngất).
  - Điều trị theo kinh nghiệm bị thất bại.

**Chú ý:**

- Không dùng nhóm IC (flecainide) cho những bệnh nhi có tổn thương thực thể ở tim.
- Không dùng nhóm II ( $\beta$  blockers) và nhóm IV (verapamil, diltiazem) cho trẻ < 1 tuổi.

**c) Điều trị nguyên nhân:** phẫu thuật bệnh tim bẩm sinh, bệnh van tim, ...

Vấn đề	Mức độ chứng cứ
Adenosin có hiệu quả cắt cơ >90% các trường hợp nhịp nhanh trên thất do cơ chế vào lại tại nút nhĩ thất	II NEJM