

RỐI LOẠN NHỊP CHẬM (R00.1)

I. ĐỊNH NGHĨA

– Rối loạn nhịp chậm là một loại loạn nhịp có thể gặp ở trẻ em, xảy ra khi hệ thống dẫn truyền trong tim bị tổn thương hay rối loạn, hay do các yếu tố bên ngoài tác động lên hệ thống dẫn truyền bình thường. Nhịp chậm được định nghĩa khi nhịp tim dưới ngưỡng bình thường theo tuổi. Dựa trên ECG, nhịp chậm khi:

- < 100 lần/phút ở trẻ < 3 tuổi
- < 60 lần/phút ở trẻ 3 - 9 tuổi
- < 50 lần/phút ở trẻ 9 - 16 tuổi

– Nhịp chậm không triệu chứng hiếm khi cần điều trị.

II. NGUYÊN NHÂN

- Nhịp chậm xoang/bộ nối có thể do các nguyên nhân sau: thiếu oxy máu, nhịp chậm do ngưng thở ở trẻ sinh non, rối loạn chức năng nút xoang di truyền, tim bẩm sinh (ASD), sau mổ tim bẩm sinh, tăng trương lực phó giao cảm, kích thích vùng mũi hầu họng, trực tràng, tăng áp lực nội sọ, suy giáp, hạ thân nhiệt, ngộ độc thuốc (ức chế beta, digoxin, phenylephrine, fentanyl,...), rối loạn điện giải, hạ đường huyết.
- Block nhĩ thất có thể do các nguyên nhân sau: Block nhĩ thất di truyền, hội chứng QT dài, tim bẩm sinh (L-TGA), sau mổ tim bẩm sinh, bệnh mô liên kết từ mẹ (lupus), bệnh nhiễm trùng (viêm cơ tim, viêm nội tâm mạc, bạch hầu, quai bị, HIV, sốt thấp cấp), thiếu carnitine, bệnh dự trữ glycogen, loạn dưỡng cơ, vô căn.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Ở trẻ lớn, nhịp chậm biểu hiện bằng mệt mỏi, không dung nạp gắng sức, chóng mặt, ngất.
- Ở trẻ nữ nhi và trẻ nhỏ, có thể biểu hiện bằng ăn bú kém, lừ đừ, ngất và co giật khi tưới máu não giảm đột ngột do nhịp chậm.
- Hỏi tiền sử dùng thuốc làm chậm nhịp tim như ức chế beta, digoxin, thuốc nhỏ mũi,... hay tiếp xúc độc chất.
- Hỏi tiền sử bệnh tim bẩm sinh, phẫu thuật hay thông tim.
- Hỏi tiền sử ngất, chóng mặt, co giật không rõ nguyên nhân.
- Tiền sử gia đình ngất hay đột tử do tim, tiền sử lupus của mẹ.

2. Khám

- Đánh giá tình trạng giảm tưới máu: mạch, huyết áp, nhịp thở, tri giác, da lạnh, niêm nhạt, vã mồ hôi, tiểu ít. Khám tìm dấu hiệu suy tim.
- Nghe tim: nhịp tim chậm đều hay không đều, nghe âm thổi.
- Khám tìm căn nguyên: thiếu oxy, tăng áp lực nội sọ, trào ngược dạ dày thực quản,...

3. Xét nghiệm

- ECG, ECG Holter 24-48h, siêu âm tim.
- Xét nghiệm tìm nguyên nhân.

4. Chẩn đoán

Dựa trên ECG, loại rối loạn dẫn truyền có thể được xác định

- Nhịp chậm xoang: sóng P xoang bình thường (P đi trước QRS với PR bình thường, trục sóng P $0,+90^0$), nhưng nhịp tim chậm hơn giới hạn dưới bình thường theo tuổi. Nhịp tim <80 l/p ở trẻ sơ sinh và <60 l/p ở trẻ lớn có thể gây triệu chứng nặng.
- Block AV độ I: PR kéo dài hơn giới hạn trên bình thường theo tuổi và nhịp tim.
- Block AV độ II:
 - + Mobitz I: PR kéo dài dần cho đến khi QRS biến mất
 - + Mobitz II: PR không thay đổi trước khi có 1 sóng P không dẫn được xuống thất
 - + Cao độ: 1 QRS đi theo sau mỗi 2, 3, 4 sóng P dẫn đến block AV tỉ lệ 2:1, 3:1, 4:1
- Block AV độ III: Nhĩ và thất hoàn toàn độc lập với nhau, sóng P đều với tần số sóng P bằng nhịp tim bình thường, QRS đều nhưng tần số thấp hơn tần số sóng P nhiều. Đa số trường hợp block tim hoàn toàn bẩm sinh, QRS bình thường do vị trí phát nhịp xuống thất ở cao trên chỗ chia bó His, tần số QRS cao hơn và thay đổi (50-80 l/p). Đa số trường hợp block tim hoàn toàn mắc phải, QRS dẫn do vị trí phát nhịp thất ở thấp hơn chỗ chia bó His, và tần số QRS chậm hơn và cố định (40-50 l/p).
- Phân ly nhĩ thất: do nhịp xoang hay nhịp nhĩ chậm đi đáng kể và nhịp bộ nối tăng lên. Trong phân ly nhĩ thất, tần số nhĩ thường thấp hơn tần số thất và nhịp nhĩ vẫn có thể dẫn xuống thất được nếu nó phát đúng lúc.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nhịp chậm kèm dấu hiệu tưới máu kém theo lưu đồ bên dưới

2. Nhịp chậm có triệu chứng mạn tính

- Đặt máy tạm thời khi 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. Máy tạo nhịp tạm thời chỉ định trong những trường hợp cấp cứu có rối loạn huyết động trong khi chờ đợi giải quyết nguyên nhân hoặc chờ đợi đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn.
- Thường có chỉ định đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn trong các trường hợp sau:
 - + Block AV cao độ, block AV độ III có triệu chứng liên quan chậm nhịp tim, rối loạn chức năng thất, có giảm cung lượng tim.
 - + Rối loạn chức năng nút xoang có triệu chứng trong cơn nhịp chậm.

3. Nhịp chậm không triệu chứng

- Máy tạo nhịp vĩnh viễn có chỉ định trong các trường hợp sau:
 - + Block AV cao độ hay độ III không có dấu hiệu cải thiện hoặc kéo dài trên 7 ngày sau mổ tim

- + Block AV độ III bẩm sinh kèm nhịp thoát QRS dẫn, ngoại tâm thu thất, hay rối loạn chức năng thất.
- + Block AV độ III bẩm sinh ở trẻ nhũ nhi với nhịp thất <55 l/p, hay có kèm theo tim bẩm sinh với nhịp thất <70 l/p.
- + Máy tạo nhịp vĩnh viễn có thể đặt trong các trường hợp sau:
- + Nhịp chậm xoang để ngăn ngừa nhịp nhanh vòng vào lại trong nhĩ tái phát
- + Block AV độ III bẩm sinh ở trẻ trên 1 tuổi với nhịp tim trung bình <50 l/p, có những đợt vô tâm thu kéo dài 2-3 lần chu kỳ cơ bản, hoặc có triệu chứng do không đồng bộ nhĩ thất
- + Nhịp chậm xoang trên bệnh nhân tim bẩm sinh phức tạp có nhịp tim lúc nghỉ < 40 l/p, hay có vô tâm thu kéo dài trên 3 giây

4. Điều trị nguyên nhân

