

RỐI LOẠN NHỊP NHANH QRS HẸP

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhịp nhanh QRS hẹp (nhịp nhanh trên thất) là 1 loại rối loạn nhịp nhanh xuất phát từ nhĩ hoặc nút nhĩ thất trên bó His.
- Là rối loạn nhịp thường gặp nhất ở trẻ em, có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, chiếm tỉ lệ 1/250- 1/1000. Khoảng 50% trẻ bị nhịp nhanh trên thất xuất hiện con đầu tiên trong năm đầu đời, sau tuổi nhũ nhi thường gặp ở lứa tuổi 6-9, sau đó có thể tái phát ở tuổi vị thành niên.
- Hầu hết nhịp nhanh trên thất xảy ra ở trẻ không có bệnh tim bẩm sinh. 15% trẻ nhũ nhi bị nhịp nhanh trên thất có bệnh lý tim mạch, dùng thuốc hoặc tình trạng nhiễm trùng. Có sự liên quan thường gặp nhất giữa Wolf- Parkinson- White và bất thường Ebstein.
- Hai cơ chế chính gây ra nhịp nhanh trên thất là vòng vào lại và tự động tính trên thất. Vòng vào lại nhĩ thất (AVRT) là cơ chế thường gặp nhất ở trẻ nhỏ (80%), trong khi đó vòng vào lại nút nhĩ thất (AVNRT) thường gặp nhất ở trẻ lớn.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sử

- Trẻ sơ sinh: có tiền căn nhịp tim nhanh trong bào thai hoặc có dấu hiệu suy tim trái do nhịp tim nhanh từ trong bào thai.
- Trẻ nhũ nhi: bỏ bú, quấy khóc, bứt rứt, nôn ói, tím tái. Nếu cơn nhịp nhanh kéo dài vài giờ đến vài ngày trẻ có thể nhập viện trong bệnh cảnh shock, suy tim. Tình trạng này hiếm gặp nếu cơn nhịp nhanh < 24h, gặp ở 19% trường hợp nếu cơn nhịp nhanh kéo dài 24-36 giờ, gặp ở 50% các trường hợp có cơn nhịp nhanh > 48h.
- Trẻ lớn: mệt, hồi hộp, đau ngực, chóng mặt, buồn nôn. Hiếm gặp: ngất.
- Cơn nhịp nhanh có thể kéo dài vài phút-vài giờ, có thể xảy ra thường xuyên mỗi ngày hoặc không thường xuyên như 1-2 lần trong năm.

2. Khám lâm sàng: khám toàn diện, đặc biệt chú ý các dấu hiệu của shock, suy tim

- Trẻ nhũ nhi: nhịp tim 220-320l/ph
- Trẻ lớn: nhịp tim 160-280l/ph.
- Trẻ lớn có cơn nhịp nhanh trên thất thường không ghi nhận bất thường khi thăm khám. Trẻ nhũ nhi bị nhịp nhanh trên thất thường có triệu chứng suy tim khi thăm khám hơn vì nhịp nhanh phát hiện trễ.

3. Cận lâm sàng: ngoài các xét nghiệm thường quy, lưu ý:

- ECG: chìa khóa chẩn đoán và xử trí.
- X quang ngực, siêu âm tim.

4. Chẩn đoán xác định: ECG: tần số tim > 150-300l/ph. Sóng P có thể thấy được hoặc không, có thể đi trước hoặc sau QRS, QRS thường hẹp (>90%).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị cắt con.
- Điều trị ngừa con.
- Điều trị nguyên nhân và yếu tố thúc đẩy.

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị cắt con:

- Theo PALS (xem lưu đồ xử trí nhịp nhanh QRS hẹp)
- Các nghiệm pháp làm tăng trương lực phó giao cảm (làm chậm dẫn truyền trong nút nhĩ thất và cắt vòng vào lại). Khi thực hiện luôn có monitor theo dõi và đường truyền tĩnh mạch:
 - Phản xạ lặn:
 - Có thể thực hiện ở mọi lứa tuổi, tỉ lệ thành công cao.
 - Chườm túi nước đá lên mặt trẻ, quanh mũi miệng, trong vòng 20 giây.
 - Nghiệm pháp xoa xoang cảnh:
 - Áp dụng ở trẻ lớn.
 - Bệnh nhân nằm ngửa, cổ duỗi và quay sang 1 bên. Người thực hiện đứng phía sau bệnh nhi, dùng ngón 2, 3 đặt vào vị trí xoang cảnh (bờ trên sụn giáp, ngang mức đốt sống cổ 4), cảm nhận mạch cảnh đập, vừa ấn nhẹ vừa xoa trong 15-20 giây, ngừng lại nếu nhịp chậm. Làm từng bên, nếu thất bại, đợi 2-3 phút rồi làm bên đối diện.
 - Nghiệm pháp valsalva
 - Áp dụng cho trẻ lớn biết hợp tác
 - Hít thật sâu rồi thở ra từ từ nhưng đóng nắp thanh môn (động tác rặn)
 - Ấn nhãn cầu: không được thực hiện vì nguy cơ cao gây tổn thương mắt và bong võng mạc

2.2. Điều trị ngừa con (lâu dài):

- Tùy thuộc vào tuổi khởi phát, triệu chứng khi nhịp nhanh, tần suất tái diễn, ảnh hưởng của nhịp nhanh lên chất lượng cuộc sống của trẻ
- Thời gian điều trị phòng ngừa 6 tháng - 1 năm. Có thể dự phòng đến tuổi đi học nếu nhịp nhanh tái diễn hoặc phụ huynh không thể nhận biết nhịp nhanh.
- Các trường hợp cụ thể cần điều trị phòng ngừa:
 - + Trẻ nhũ nhi (< 1 tuổi) vì triệu chứng do nhịp nhanh gây ra không đặc hiệu và có thể gây ảnh hưởng huyết động nghiêm trọng
 - + Con nhịp nhanh lần đầu nhưng gây rối loạn huyết động nặng hoặc khó cắt con
 - + Con nhịp nhanh tái diễn (> 2 lần/năm)
- Các phương pháp điều trị
 - + Bằng thuốc: lựa chọn hàng đầu, nhất là ở trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ
 - + Bằng cắt đốt điện sinh lý: hiệu quả và an toàn ở trẻ lớn
- Con xảy ra thường xuyên và hoặc con nặng nhưng không đáp ứng điều trị thuốc (Class I). Bệnh nhân có chỉ định điều trị ngừa con bằng thuốc nhưng bị

tác dụng phụ của thuốc liên quan đến có khả năng gây rối loạn nhịp của thuốc (class II)

- Cắt đốt điện sinh lý không được khuyến cáo cho trẻ < 3 tuổi nếu như các biện pháp điều trị nội có thể thực hiện.

3. Điều trị nguyên nhân và yếu tố thúc đẩy

- Phẫu thuật bệnh tim bẩm sinh, van tim...
- Điều chỉnh các yếu tố góp phần: 5H (giảm thể tích, giảm oxy, toan máu, tăng hạ kali máu, hạ đường huyết, hạ thân nhiệt), 5T (ngộ độc, chẹn tim, tràn khí màng phổi áp lực, huyết khối, chấn thương).
- Caffein có thể làm tăng nguy cơ rối loạn nhịp tái diễn.
- Một vài loại thuốc tăng trương lực giao cảm hoặc ức chế phó giao cảm có thể gây nhịp nhanh: salbutamol, antihistamines.

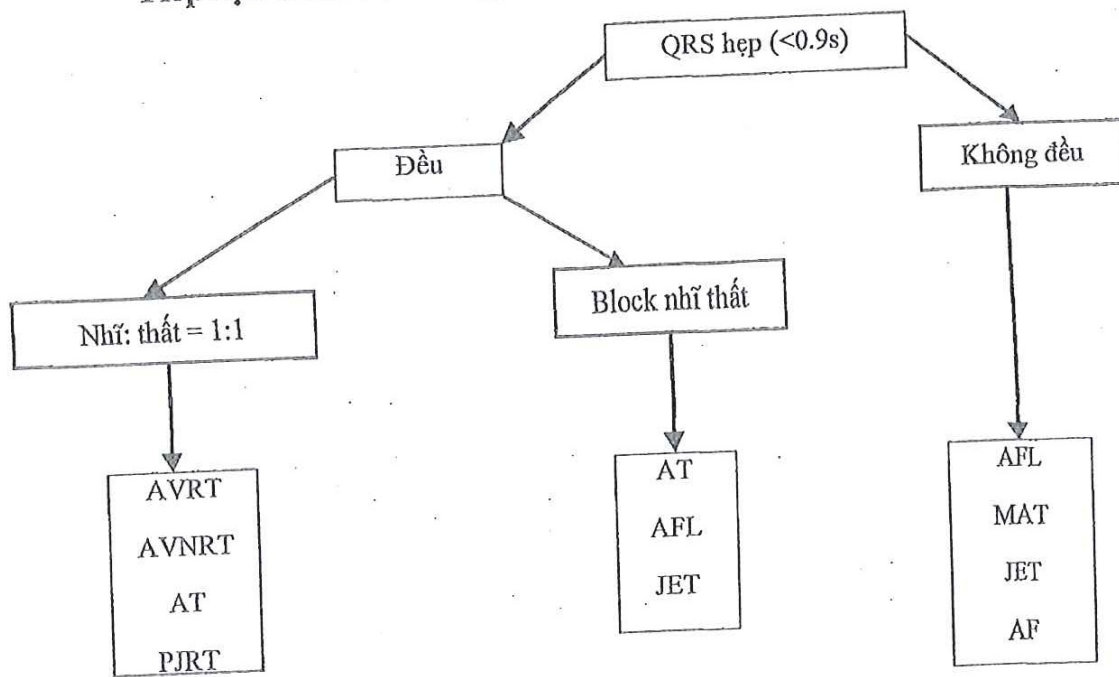
IV. TIỀN LƯỢNG

- Nhịp nhanh trên thất tiên lượng tốt trên những trường hợp không có bất thường cấu trúc tim hoặc bệnh lý cơ tim.
- Bệnh nhân WPW có triệu chứng có nguy cơ đột tử 3%-4%.
- Bệnh nhân WPW không có triệu chứng có thể xuất hiện triệu chứng ở tuổi 40
- Nguy cơ đột tử do nhịp nhanh trên thất trên 3 nhóm: sơ sinh, WPW, trẻ bệnh tim bẩm sinh.

V. GIÁO DỤC BỆNH NHÂN VÀ THÂN NHÂN

- Cách phát hiện cơn nhịp nhanh: nhịp tim nhanh, hồi hộp...
- Hướng dẫn cách cắt cơn nhịp nhanh cho thân nhân (phản xạ lặn), trẻ lớn biết hợp tác (nghiệm pháp valsava).
- Đưa trẻ đi bệnh viện.
- Trẻ có hội chứng kích thích sớm không nên tham gia những môn thể thao đối kháng.

Tiếp cận chẩn đoán nhịp nhanh QRS hẹp dựa trên ECG



Ghi chú:

Nhịp nhanh vào lại nhĩ thất (AVRT), Nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất (AVNRT)

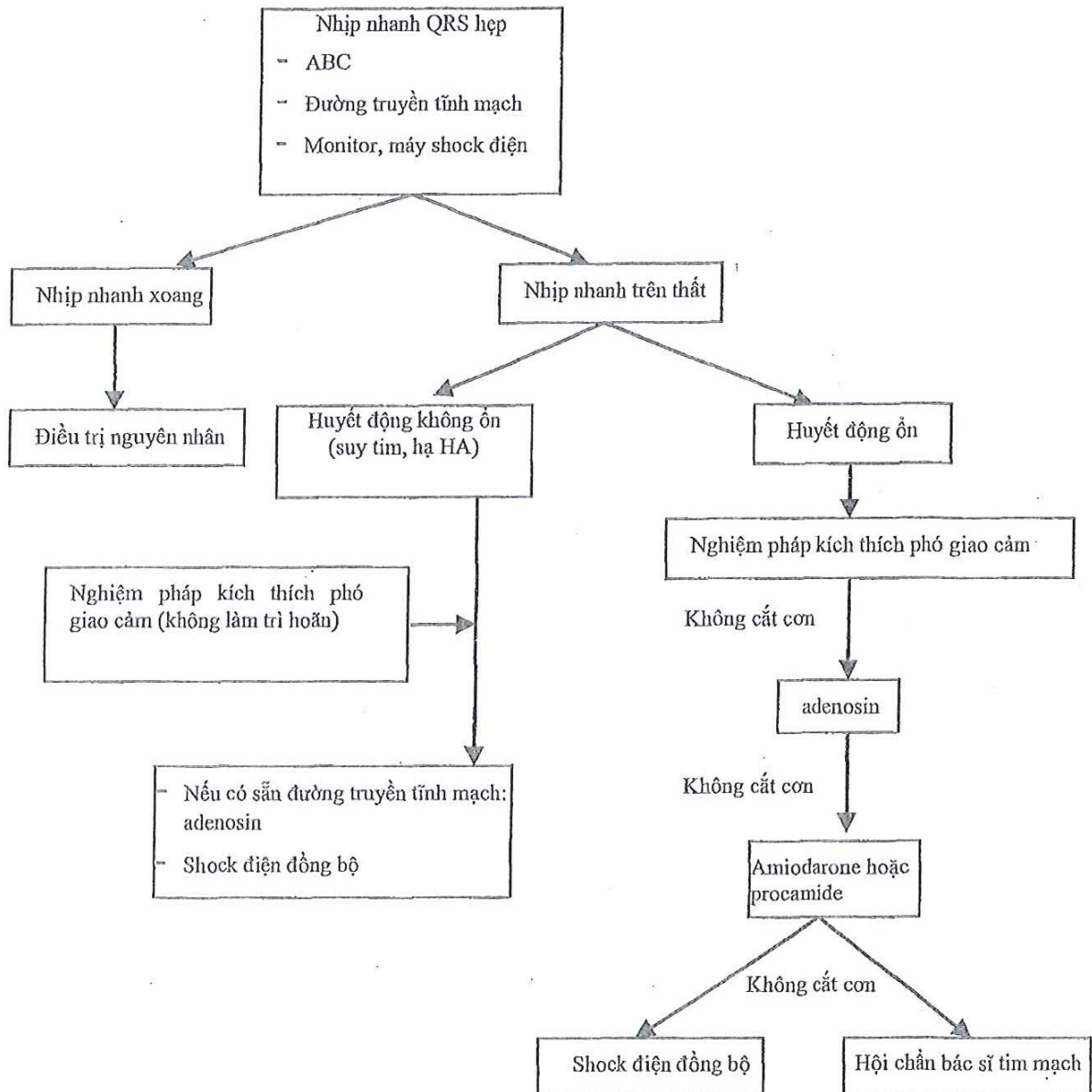
Nhịp nhanh nhĩ (AT), Nhịp nhanh vào lại bộ nối kéo dài (PJRT)

Flutter nhĩ (AFL), Nhịp nhanh bộ nối (JET), Nhịp nhĩ đa ổ (MAT), Rung nhĩ (AF)

Phân biệt nhịp nhanh trên thất do cơ chế vòng vào lại và tăng tự động tính

Tăng tự động tính	Vòng vào lại
<ul style="list-style-type: none"> - Có hiện tượng warm up (nhịp nhanh dần lên) - Sóng P' đầu tiên và sóng P' trong chuỗi nhịp nhanh giống nhau - P'-R đầu tiên không dài - Trong cơn và ra cơn có thể có block nhĩ thất 	<ul style="list-style-type: none"> - Không có hiện tượng warm up - Sóng P' đầu tiên và các sóng P' trong chuỗi nhịp nhanh không giống nhau - P'-R đầu tiên dài hoặc bình thường - Ra cơn không có block nhĩ thất

Lưu đồ xử trí nhịp nhanh QRS hẹp (PALS 2018)



Chú ý:

- Shock điện đồng bộ 0.5 to 1 Joule/kg, lần 2 có thể 2J/kg
- Adenosine liều đầu 0.1mg/kg, tăng gấp đôi ở liều 2, tối đa 12mg/kg
- Amiodarone 5mg/kg truyền tĩnh mạch 20-60 phút
- Procainamide 15mg/kg truyền tĩnh mạch 30-60 phút
- Không phối hợp amiodarone và procainamide thường quy
- Khi nhịp nhanh huyết động ổn, có thể cắt cơn nhịp nhanh bằng Amiodarone đường uống liều tấn công

Thuốc lựa chọn ban đầu (first-line) trong điều trị duy trì

Thuốc	Nhóm	Liều	FDA công nhận	Cẩn trọng
Propranolol	Chẹn beta	2-4mg/kg/ngày Chia mỗi 6-8h	(+)	Chống chỉ định trong hen
Digoxin	Glycoside tim	Trẻ đủ tháng- 10 tuổi: 8- 10mcg/kg/ngày, chia mỗi 12h >10 tuổi: 125mcg/ngày	(+)	Gây rối loạn nhịp nếu ngộ độc
Verapamil	Chẹn kênh Calci	4-8mg/kg/ngày, chia 3 lần/ngày	(-)	Không dùng cho trẻ <12 tháng

Thuốc lựa chọn thay thế (second-line) trong điều trị duy trì

Thuốc	Nhóm	Liều	Cẩn trọng
Amiodarone	Chẹn kênh Kali	Tấn công: <ul style="list-style-type: none"> • <1 tuổi: 600-800 mg/1.73 m² /ngày x4-14 ngày • ≥1 tuổi: 10-15 mg/kg/ngày x4-14 ngày tối đa: 1600 mg/ngày Duy trì: <ul style="list-style-type: none"> • <1 tuổi: 200-400 mg/1.73 m² /ngày • ≥1 tuổi: 2.5-5 mg/kg/ngày 	Gây block nhĩ thất, rối loạn nhịp nhanh, gây cứng giáp hoặc suy giáp, xơ phổi, bệnh lý giác mạc
Flecainide	Chẹn kênh Natri	50-100mg/m ² chia 2-3 lần/ngày hoặc 1-6mg/kg/ngày Tối đa: 400mg/ngày	Gây block tim, rối loạn nhịp nhanh Tránh dùng ở trẻ có bất thường cấu trúc tim hoặc nhồi máu cơ tim