

NHỊP NHANH QRS DẪN (I47.2)

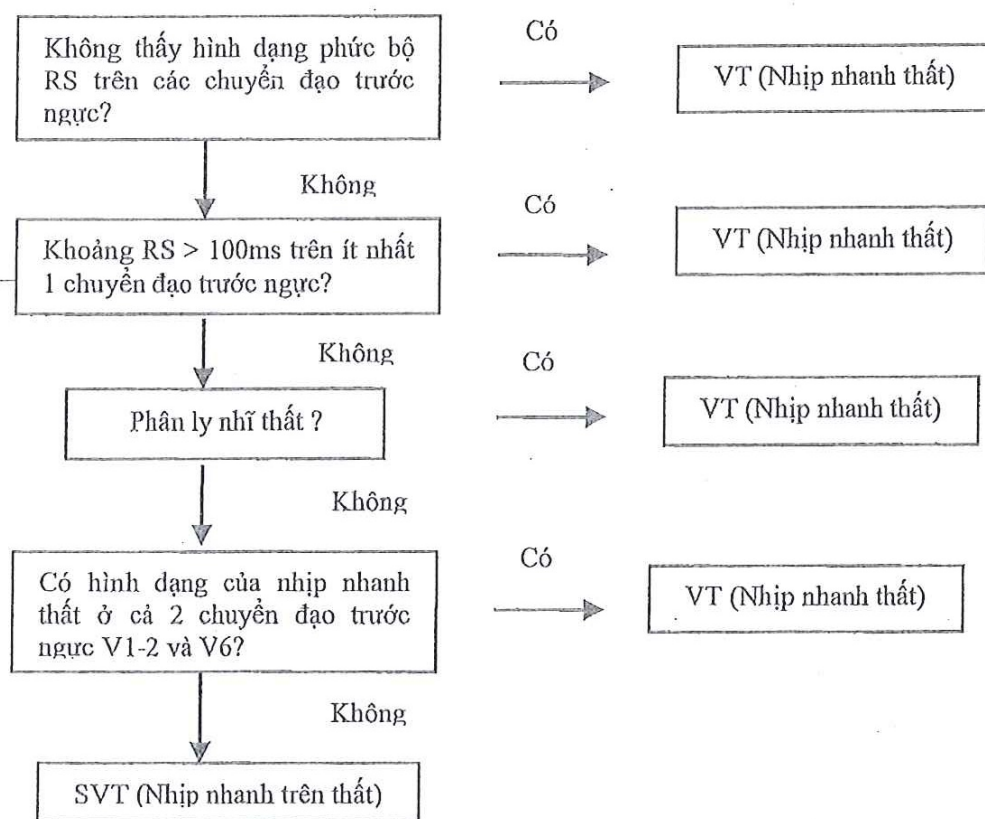
I. ĐỊNH NGHĨA

- Nhịp tim nhanh: $> 180-200$ lần/phút (trẻ lớn) hay $> 200-220$ lần/phút (sơ sinh) với QRS dẫn rộng ($> 0,09s$) gọi là nhịp nhanh QRS dẫn.
- Nhịp nhanh QRS dẫn có thể bao gồm nhịp nhanh thất và nhịp nhanh kịch phát trên thất có dẫn truyền lệch hướng (xem bài Nhịp nhanh trên thất).

II. CHẨN ĐOÁN

- Trẻ có thể có nhiều biểu hiện: đau ngực, hồi hộp, khó thở, ngất, kích thích, sốt, suy hô hấp, thay đổi tri giác hoặc các biểu hiện trễ của suy tim, bú kém, thở nhanh, chậm lên cân.
- Để phân biệt nhịp nhanh thất với nhịp nhanh kịch phát trên thất thường dùng các tiêu chuẩn sau: QRS rộng, phân ly nhĩ - thất, có nhịp chập (fusion), nhịp bắt (capture), hình ảnh không điển hình của block nhánh trái, block nhánh phải hoặc sử dụng tiêu chuẩn của Brugada.

LƯU ĐỒ PHÂN TÍCH NHỊP NHANH THEO BRUGADA



Trong trường hợp khó phân biệt nhịp nhanh thất hay nhịp nhanh kịch phát trên thất thì xem như đó là nhịp nhanh thất và điều trị.

- Dựa vào hình dạng phức bộ QRS trên mỗi chuyển đạo người ta phân biệt nhịp nhanh thất đơn dạng, nhịp nhanh thất đa dạng, rung thất, nhịp nhanh bó trái (fascicular tachycardia), nhịp nhanh thất vùng đường thoát thất phải (right ventricular outflow tract tachycardia).

III. NGUYÊN NHÂN

- Nhịp nhanh thất một dạng (*monomorphy*): hình dạng QRS không thay đổi trong cơn nhịp nhanh.
 - + Ở trẻ 6-18 tháng tuổi: thường là vô căn
 - + Ở trẻ lớn hơn: u ở tim, viêm cơ tim, bệnh cơ tim, loạn sản thất phải gây loạn nhịp, tứ chứng Fallot, hẹp hoặc hở van động mạch chủ, sa van hai lá, sau mổ tim
 - + Các nguyên nhân khác:
 - Chuyển hóa: giảm oxy máu, toan huyết, giảm hoặc tăng kali huyết
 - Thuốc: amphetamine, thuốc ức chế MAO, thuốc có tác dụng kích thích β , phenothiazine, quinidine, theophylline, vận mạch liều cao.
- Nhịp nhanh thất đa dạng (*Polymorphe*): hình dạng phức bộ QRS thay đổi liên tục.
 - + Khi gắng sức, do tăng hoạt catecholamines
 - + Xoắn đỉnh trong hội chứng QT dài
 - + Viêm cơ tim,...
- Nhịp nhanh bó trái (*fascicular tachycardia*):
 - + Nguyên nhân thường là vô căn
 - + Thường gặp ở trẻ lớn.
 - + Không bất thường cấu trúc tim
 - + Cơ chế do vòng vào lại
 - + Đặc điểm: hình ảnh block nhánh phải kèm theo trục lệch trái (*Posterior fascicular VT*) hoặc hình ảnh block nhánh phải kèm theo trục lệch phải (*Anterior fascicular VT*)
- Nhịp nhanh thất vùng đường thoát thất phải (*right ventricular outflow tract tachycardia*).
 - + Nguyên nhân thường là vô căn
 - + Thường gặp ở trẻ lớn.
 - + Không bất thường cấu trúc tim
 - + Cơ chế liên quan đến tăng kích thích hóa chất trung gian c-AMP
 - + Đặc điểm: hình ảnh block nhánh trái kèm theo trục lệch phải

IV. ĐIỀU TRỊ LOẠN NHỊP

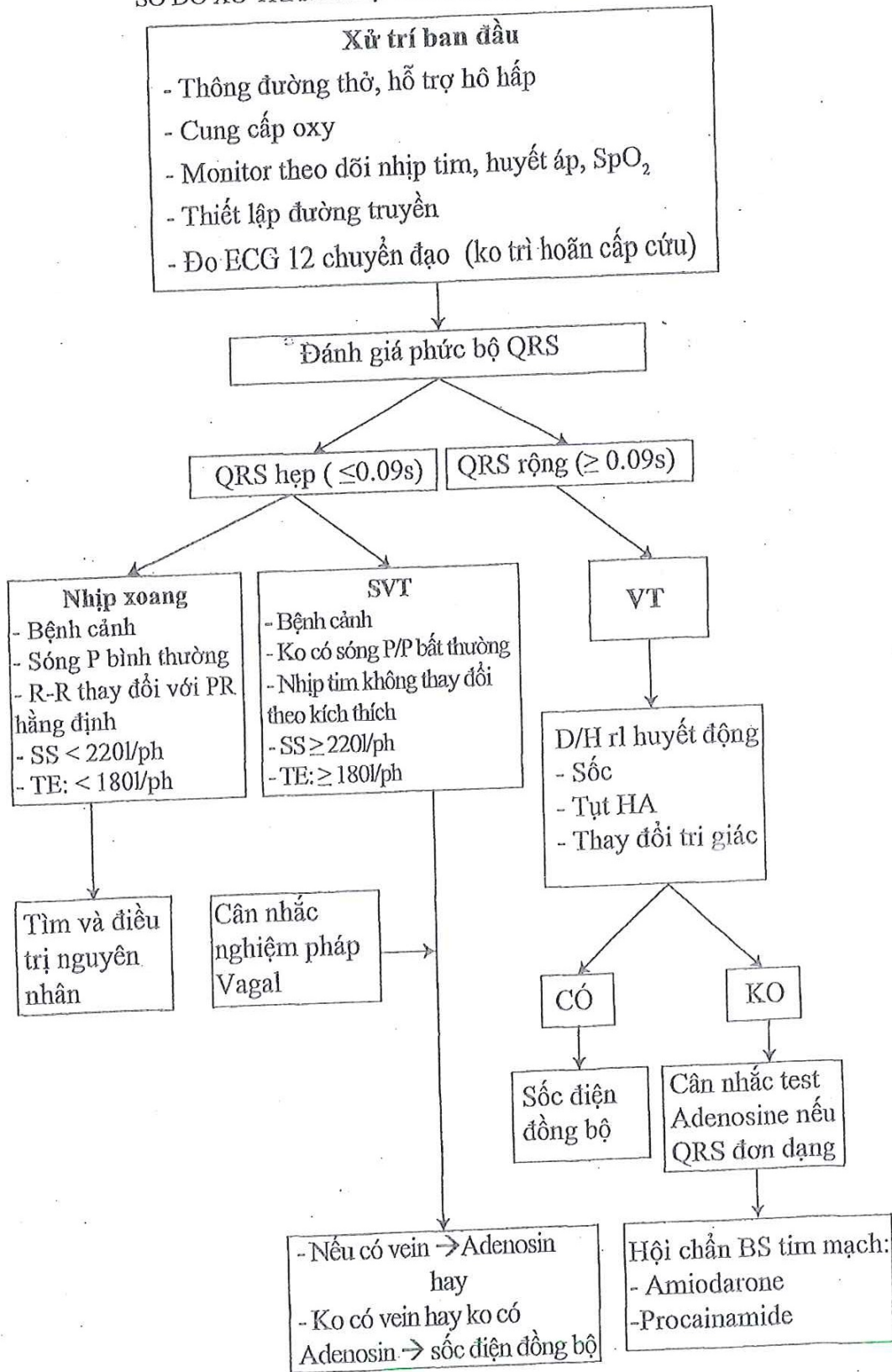
1. Điều trị tổng quát

- Bù nước, dinh dưỡng, điều chỉnh điện giải, giảm kích thích, giảm đau nếu cần, điều trị các nguyên nhân về chuyển hóa, ngưng các thuốc nghi ngờ gây loạn nhịp.
- Chỉ điều trị những trường hợp nhịp nhanh thất dài trên 30 giây hoặc ngắn nhưng lặp đi lặp lại và có triệu chứng (*sustained and symptomatic*).

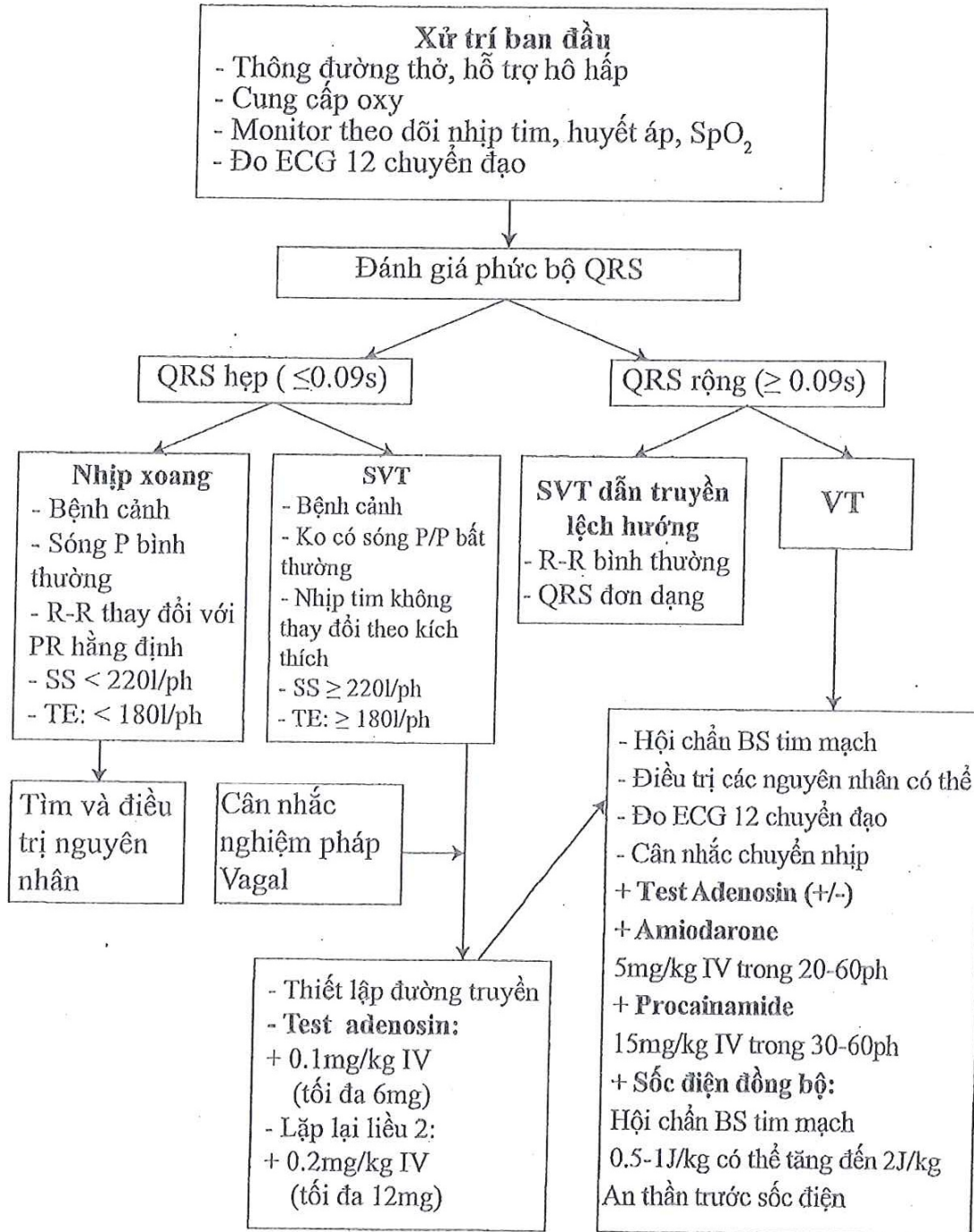
2. Nhịp nhanh thất một dạng

- Xem lại ECG và cách đáp ứng với điều trị của những cơn nhịp nhanh trước đây. Thường bệnh nhi sẽ đáp ứng với thuốc sử dụng có hiệu quả lần nhịp nhanh trước.
- Nếu xác định rõ là nhịp nhanh thất, tiến hành điều trị nhịp nhanh thất.
- Nếu chưa phân biệt được với nhịp nhanh trên thất: cho Adenosine triphosphate (ATP) (*Xem Phác đồ điều trị Nhịp nhanh trên thất*). Nếu không có hiệu quả: tiến hành điều trị như nhịp nhanh thất.
- Nếu huyết động học không ổn định: (cần nhắc cho an thần trước sốc điện)
 - + Sốc điện đồng bộ
 - Liều đầu: 0,5 J/kg, sau 3 phút không đáp ứng cho
 - Liều hai: 1 J/kg, sau 3 phút không đáp ứng cho
 - Liều ba: 2 J/kg.
 - + Sau khi sốc điện cho thêm lidocain. Sau khi cho lidocain, sốc điện lần 2 có thể có hiệu quả hơn. Liều lidocain:
 - Liều đầu: 1 mg/kg tiêm mạch
 - Liều hai: 0,5 mg/kg 15 phút sau
 - Truyền tĩnh mạch duy trì 20-40 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$
- Nếu tái phát, lập lại sốc điện và lidocain.

SƠ ĐỒ XỬ TRÍ RL NHỊP NHANH CÓ RL HUYẾT ĐỘNG



SƠ ĐỒ XỬ TRÍ RL NHỊP NHANH KHÔNG RL HUYẾT ĐỘNG



- Nếu huyết động học ổn định, nhịp nhanh thất kéo dài > 30 giây, lặp đi lặp lại và có triệu chứng:
 - + Lidocain: liều như trên
 - + Nếu không có kết quả: kết hợp thêm với:
 - Propranolol 0,01 mg/kg pha với glucose 5% tiêm mạch thật chậm trong

15 phút. Thận trọng. Nếu có kết quả, duy trì bằng propranolol uống 3-5 mg/kg/24 giờ chia 3 lần/ngày.

- Hoặc sotalolol uống hoặc bơm qua sonde dạ dày 6-8 mg/kg/24 giờ chia 2-4 lần/ngày.
 - Hoặc amiodarone liều tấn công 5 mg/kg pha trong glucose 5% (5 ml/kg) truyền tĩnh mạch trong 20-30 phút. Nếu có kết quả, duy trì amiodarone 10-20 mg/kg/24 giờ truyền tĩnh mạch liên tục trong vài ngày.
 - Hoặc phenytoin (50mg/ml) 15 mg/kg truyền tĩnh mạch trong 60 phút. Nếu có kết quả, duy trì phenytoin 5-7 mg/kg/24 giờ truyền tĩnh mạch hoặc uống.
 - Hoặc procainamide (Pronestyl) 15 mg/kg truyền tĩnh mạch trong 30-60 phút (theo dõi hạ huyết áp). Nếu có kết quả, duy trì procainamide truyền tĩnh mạch 20-80 µg/kg/phút.
 - Hoặc sốc điện đồng bộ.
- Nếu vẫn không có kết quả sau khi điều trị như trên: một số trường hợp như viêm cơ tim hay sau phẫu thuật tim có thể đặt máy tạo nhịp tạm thời và kích thích thất vượt tần số với điện cực ở thất.

3. Nhịp nhanh thất đa dạng

Điều trị như trên, nhưng lưu ý không dùng procainamide. Propranolol thường có hiệu quả trong trường hợp này

4. Rung thất

– Xoắn đỉnh:

+ Lidocaine tĩnh mạch

+ Magnesium sulfate (pha loãng còn nồng độ 2%) 25-50 mg/kg truyền tĩnh mạch trong 10-20 phút

+ Phá rung thất (không đồng bộ)

+ Propranolol tĩnh mạch (xem phần trên)

5. Nhịp nhanh bó trái (fascicular tachycardia):

– Verapamil là lựa chọn đầu tay.

– Liều: Verapamil 0.1 – 0.3 mg/kg (không quá 5mg) tĩnh mạch chậm trong 2 phút, có thể lặp lại liều thứ 2 (không quá 10mg) sau 30 phút, hoặc dùng liều uống 4 -8 mg/kg/ngày chia 3 bữa

6. Nhịp nhanh vùng đường thoát thất phải (right ventricular outflow tract tachycardia): ghi nhận có đáp ứng với adenosine.

V. ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN

Khảo sát điện - sinh lý để tìm cơ chế gây loạn nhịp và điều trị.

VI. PHÒNG NGỪA TÁI PHÁT

– Nhịp nhanh thất một dạng:

+ Chỉ định: tái phát thường xuyên và cơn tái phát kéo dài

Trong cơn nhịp nhanh có rối loạn huyết động học.

+ Thời gian điều trị duy trì: 6 tháng – 1 năm, sau đó giảm liều dần và ngưng.

Có thể kéo dài hay rút ngắn tùy từng trường hợp.

+ Thuốc thường dùng:

- Sotalol: 2-5 mg/kg/24 giờ uống chia 2 lần/ngày
- Metoprolol: 2-3 mg/kg/24 giờ chia 2 lần.
- Nhịp nhanh thất đa dạng: dùng metoprolol, tránh các thuốc gây Q-T dài, trong đó có amiodarone.
- Nếu hay bị xoắn đỉnh: đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn, hoặc cắt hạch sau trái.