

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN NHỊP NHANH PHỨC BỘ HỢP

Võ Công Định Y4 CTUMP

Khi tiếp cận 1 bn có nhịp nhanh qrs hẹp : chỉ cần làm theo 3 bước sau

Step 1.. QRS (quan trọng nhất chứ không phải là sóng P vì khi nhịp trên 150 sóng P sẽ biến mất rất khó nhìn thấy)

1. Điều hay không điều

- nếu không đều rơi vài 1 trong 4 trường hợp sau :

+ rung nhĩ

+ nhịp nhanh nhĩ đa ổ

+ cuồng nhĩ kèm block av thay đổi

+ các SVT khác kèm block av thay đổi như nhịp nhanh nhĩ đơn ổ , nhịp nhanh xoang..

Bn này nhịp đều nên loại ra không nghĩ đến

- nếu qrs đều : xét tiếp đến tần số thất

+ $f > 200$: đa số là orthodromic AVRT , 1 số ít là cuồng nhĩ 1: 1

+ nếu $f = 150$: khả năng cao cuồng nhĩ 2: 1

Định luật Bix : 1 nhịp nhanh qrs hẹp đều , tần số 130-160 mà thấy có sóng P ở giữa thì phải luôn nghi ngờ có 1 sóng P lẫn vào QRS.

+ khi $f < 200$ rất nhiều loại nhịp nhanh có thể xảy ra.

Khi đến đây đã loại được 1 số trường hợp rồi.

ECG bên dưới : $f = 160$ nên các khả năng có thể xảy ra : 1. Cuồng nhĩ 2: 1

2. Orthodromic AVRT

3. AVNRT

4. Nhịp nhanh xoang

5. Nhịp nhanh nhĩ đơn ổ

Tuy nhiên nếu có P rơi vào qrs thì các phức bộ qrs trên cùng 1 chuyển đạo phải khác nhau và có móc, khía.. ở đây qrs giống nhau hết nên loại cuồng nhĩ 2:1

Step 2. Sự hiện diện của sóng P và liên hệ giữa P và QRS

ECG bên dưới , trong cơn nhịp nhanh (hình 3) mũi tên đỏ có sự hiện diện của P âm theo sau. Vậy loại được nhịp nhanh xoang.

Tiếp theo xem sự liên hệ giữa P và QRS

Tính RP' (lưu ý là RP' nhé : từ sóng R đi trước đến sóng P âm theo sau) và $R'P$

$RP' = 160ms$ và $P'R = 240ms$.

- P'R > 200 ms nên đây không phải là nhịp nhanh nhĩ được vì nhịp nhanh nhĩ PR thường ngắn , có khi dưới 120ms

- AVNRT : thì R'P < 70ms nên loại luôn cả AVNRT điển hình, còn dạng AVNRT không điển hình hay nhịp nhanh RP dài chưa loại được.

Đến step 2 còn 2 chẩn đoán : Ortho AVRT và atypical AVNRT

2 loại này thật sự không thể phân biệt được trên ECG bề mặt, do đó xử trí theo 2 chẩn đoán trên luôn(. Xem lại cơ chế của 2 cái đó) và Adenosin là lựa chọn lý tưởng nhất cho trường hợp này.

Step 3. So sánh với ECG ngoài cơn

(mũi tên đỏ hình 4)

ECG ngoài cơn có PRi ngắn , sóng delta và QRS dẫn rộng , đó là hình ảnh của hội chứng WPW. Đối chiếu ngược lại với ECG trong cơn thì nhịp nhanh đó là ortho AVRT.

Xử trí tối ưu là thăm dò điện sinh lý đốt đường phụ . WPW type A (delta dương ở V1) nên cầu Kent nằm ở bên phải.

Nếu không cắt đốt được thì dự phòng tốt nhất là chẹn beta do đây là loạn nhịp nhanh phụ thuộc nút xoang nên chẹn beta mới có hiệu quả.

Chúc các bạn học tốt ^^

Xem ECG bên dưới



