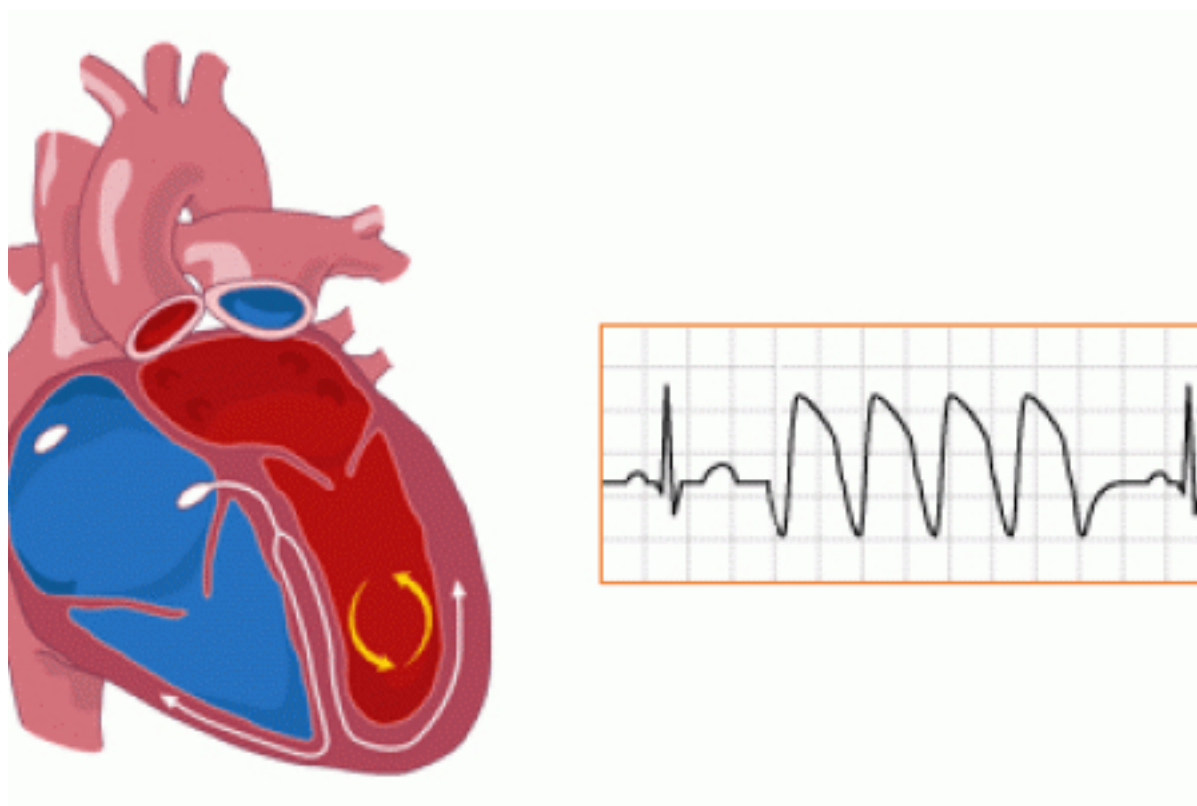


Bs CK2 Trần Lâm- Khoa Nội Tim mạch

Mở đầu

Ở M, nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Với việc ra đời của các đơn vị chăm sóc mạch vành và sự đồng lòng áp dụng pháp tái tưới máu sớm (tiêu huyết khối hoặc can thiệp mạch vành qua da), tỷ lệ tử vong nội viện do NMCT đã giảm rõ rệt ngoạn mục, và vô cùng lâu dài của thời kỳ kết cục của nhồi máu cơ tim (BN) sống sót sau pha cấp của bệnh. Tuy nhiên, trong thực tế lâm sàng, BN NMCT vẫn có thể có nhồi máu di căn biến chứng tim mạch hoặc sau can thiệp mạch vành qua da (CTMVQD), trong thời gian nằm viện cũng như sau khi xuất viện, nên hàng ngày quan trọng đến kết cục ngắn và dài hạn. Trong đó, rối loạn nhịp tim, đặc biệt là các loạn nhịp thất đe dọa tính mạng, rất hay gặp và có thể xảy ra bất cứ khi nào trong tiến trình của bệnh.



Thực vậy, khoảng 90% BN NMCT cấp bị mất dòng nào đó của rối loạn nhịp tim (RLNT) trong hoặc ngay sau biến chứng này. Trong đó, RLNT xảy ra trong 24 giờ đầu ở 25% BN. Ở nhóm BN này, nguy cơ rối loạn nhịp nguy hiểm như rung thất (RT) cao nhất trong giờ đầu, và giảm dần sau đó. Tỷ lệ RLNT cao hơn hẳn ở quần thể BN NMCT ST chênh lên.

Do vậy, cùng với việc thực hiện tái tưới máu, người thầy thuốc phải cảnh giác với những RLNT này, và có thái độ tích cực để tránh tăng nồng độ thuốc máu cục bộ và suy giảm huyết động. Hầu hết các RLNT liên quan nhồi máu là lành tính và tự giải quyết. Tuy nhiên, với những rối loạn nhịp dẫn đến hạ huyết áp, tăng nhu cầu oxy cơ tim, và / hoặc có nguy cơ xuất hiện những loạn nhịp thất ác tính thì phải được theo dõi và điều trị tích cực.

Cần nhớ rằng, tình trạng sốc khi chung của BN tim hỏng có thể làm giảm nguy cơ biến chứng sau CTMVQD, kể cả tử vong. Cũng vậy, tài năng của bác sĩ trong thực hiện CTMVQD có thể giúp phòng biến chứng. Do vậy, sốc khi chung của BN và trình độ của bác sĩ trong thực hiện CTMVQD là những yếu tố góp phần quan trọng vào việc xuất hiện biến chứng hay không.

Sinh lý bệnh của rối loạn nhịp tim trong NMCT

NMCT được đặc trưng bởi rối loạn chức năng toàn bộ, dẫn đến tăng tính thấm của cơ tim và hạ thấp dòng truyền. Mất cân bằng điện giải (giảm kali máu và giảm magne máu) và giảm oxy máu góp phần nên đưa vào sự xuất hiện RLNT. Cơ tim đã bị tổn thương cũng hoạt động như một chất cho nhịp vòng vào lõi do nhịp thay đổi và thời kỳ trễ.

Trong NMCT, hoạt động giao cảm lý tâm tăng cao, tăng nồng độ catecholamines tuần hoàn, và tăng phóng thích catecholamines từ các đầu mút thần kinh trong cơ tim đóng những vai trò quan trọng trong việc phát sinh loạn nhịp quanh nhồi máu (peri-infarction arrhythmias). Hơn nữa, NMCT xuyên thành có thể cắt đứt các sợi hướng tâm và lý tâm của thần kinh giao cảm phân bố cho vùng cơ tim ngoài vùng nhồi máu. Kết cục cuối cùng của mất cân bằng thể động này là thúc đẩy RLNT.

Phân loại rối loạn nhịp tim quanh nhồi máu: RLNT quanh nhồi máu có thể được phân loại thành những nhóm sau:

- Các lo n nh p nhanh trên th t: nh p nhanh xoang, nh p nhanh trên th t k ch phát, cu ng nhĩ và rung nhĩ.
- Nh p b n i tăng t c
- Các lo n nh p ch m: nh p ch m xoang, nh p ch m b n i
- Các block nhĩ-th t: block nhĩ-th t đ I, II, III
- Các block n i th t: block phân nhánh trái-tr c, block phân nhánh trái-sau, block nhánh ph i hoàn toàn, và block nhánh trái hoàn toàn
- Các lo n nh p th t: ngo i tâm thu th t, nh p t th t tăng t c, nh p nhanh th t và rung th t
- Các lo n nh p tái t i máu

Nh p nhanh xoang: Nh p nhanh xoang liên quan v i tăng ho t đ ng giao c m, có th đ n đ n tăng ho c h huy t áp thoát qua. T n s tim tăng làm tăng nhu c u oxy c tim, và gi m th i gian tâm tr ng đ n đ n suy gi m tu n hoàn vành làm cho thi u máu c c b (TMCB) c tim n ng h n. Nguyên nhân c a nh p nhanh xoang, bao g m: đau đ n, lo l ng, suy tim, gi m th tích máu, gi m oxy máu, thi u máu, viêm màng ngoài tim, thuyên t c ph i... Trong b i c nh NMCT, nh p nhanh xoang ph i đ c nh n bi t và có chi n l c đi u tr thích h p, bao g m: gi m đau đ y đ , oxy, l i ti u đ đi u tr suy tim, bù đ ch n u gi m th tích máu, thu c ch ng viêm đ đi u tr viêm màng ngoài tim, ch n b và / ho c nitroglycerin đ gi m TMCB.

Ngo i tâm thu nhĩ: th ng x y ra tr c khi xu t hi n nh p nhanh k ch phát trên th t, cu ng nhĩ ho c rung nhĩ. Nguyên nhân thông th ng là giãn tâm nhĩ do tăng áp l c tâm tr ng th t trái ho c viêm liên quan v i viêm màng ngoài tim. Không có đi u tr đ c hi u, tuy nhiên, c n quan tâm nh n bi t b nh tim n n, đ c bi t là suy tim n d u.

Nh p nhanh k ch phát trên th t: g p < 10% BN NMCT. V i s đ ng thu n, [adenosine](#) có th đ c s đ ng khi không có h huy t áp. Có th thay th b ng Diltiazem TM ho c m t ch n b khi không có suy tim. Ph i s c đi n đ ng b n u xu t hi n suy tim n ng ho c h huy t áp.

Cu ng nhĩ: x y ra < 5% BN NMCT, th ng là thoát qua, do ho t đ ng giao c m c a tâm nhĩ trong tình tr ng quá kích thích. Chi n l c đi u tr cu ng nhĩ dai đ ng t ng t rung nhĩ, ngo i tr vi c ki m soát t n s th t b ng thu c ít thành công h n so v i rung nhĩ. Do v y, s c đi n đ ng b (kh i đ u 50J ho c t ng đ ng 2 pha) c n ti n hành khá kh n tr ng đ tránh gi m tu n hoàn vành và / ho c suy gi m huy t đ ng. Có th cân nh c t o nh p nhĩ v t t n s n u BN cu ng nhĩ tr v i đi u tr n i khoa.

Rung nhĩ: g p 10-15% BN NMCT c p. Rung nhĩ kh i phát trong gi đ u c a NMCT c p th ng là do suy tim, tâm nhĩ b t n th ng TMCB, ho c NMCT th t ph i. Trong b i c nh NMCT, viêm màng ngoài tim và nh ng tình tr ng d n đ n tăng áp l c nhĩ trái cũng có th gây rung nhĩ. Rung nhĩ xu t hi n trong NMCT liên quan v i tăng nguy c t vong và đ t qu , đ c bi t là NMCT thành tr c.

S c đi n chuy n nh p đ ng b ngay l p t c cho nh ng BN đang trong tình tr ng không n đ nh, nh là đau ng c n ng h n và / ho c h huy t áp..., b t đ u v i 200J (ho c t ng đ ng 2 pha). Khuyến s d ng thu c an th n (đ c a chu ng h n) ho c gây mê toàn thân tr c khi s c đi n chuy n nh p. Đ i v i BN n đ nh, ki m soát t n s th t là m c tiêu hàng đ u. N u rung nhĩ không đáp ng v i s c đi n, [amiodarone](#) TM ho c [digoxin](#) TM (dành cho nh ng BN r i lo n ch c năng th t trái ho c suy tim) có th đ c dùng đ ki m soát t n s th t. Đ i v i nh ng BN không xu t hi n h huy t áp, có th dùng

[metoprolol](#)

li u bolus 5mg/ m i 5-10 phút, t i đa 15mg. D

[iltiazem](#)

TM là m t ch n l a thay th đ làm ch m t n s th t nh ng ph i th n tr ng n nh ng BN suy tim v a-n ng. V i nh ng BN có nh p nhanh b n b m i kh i phát, li u pháp chuy n nh p v nh p xoang nên đ c xem xét nh là m t l a ch n.

Rung nhĩ và cu ng nhĩ làm tăng nguy c huy t kh i thuyên t c (huy t kh i tnh m ch sâu ho c thuyên t c ph i), do v y, li u pháp kháng đông nên đ c b t đ u n u không có ch ng ch đ nh. Hi n không rõ li u có c n thi t s d ng kháng đông trong nh ng nh ng tr ng h p rung nhĩ thoáng qua hay không, và nên b t đ u kháng đông khi nào sau khi kh i phát rung nhĩ ?

Nh p b n i tăng t c là do tăng tính t đ ng c a mô b n i, t n s tim 70-130 l n/phút. Lo i lo n nh p này g p ph bi n nh t BN NMCT thành d i. Không có đi u tr đ c hi u ngoài vi c đi u tr b nh tim TMCB.

Nh p ch m xoang: đây là lo n nh p ph bi n BN NMCT thành d i-sau, g p cao nh t (40%) 1-2 gi đ u sau NMCT. C ch d n đ n nh p ch m và h huy t áp là do kích thích các th th ph v h ng tâm tim, d n đ n kích thích cholinergic ly tâm c a tim. Trong giai đo n c p c a NMCT, nh p ch m xoang có th là c ch b o v tim, có tác đ ng làm gi m nhu c u oxy c tim. Nh ng nh p ch m đáng k làm gi m cung l ng tim và h huy t áp, có th d n đ n lo n nh p th t, do v y, ph i đ c đi u tr tích c c. Nh p ch m xoang đ n đ c không liên quan v i tăng nguy c t vong c p, không c n thi t đi u tr khi BN không có nh ng tri u ch ng ho c

Xử lý rối loạn nhịp tim trong nhồi máu cơ tim cấp (phần 1)

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ hai, 30 Tháng 5 2016 07:36 - Lần cập nhật cuối Thứ hai, 30 Tháng 5 2016 07:46

điều trị huyết áp. Khi có chỉ định điều trị cấp cứu (vd: tần số xoang <40ck/ph kèm huyết áp), sử dụng atropine sulfate 0.5-1 mg TM/ m² i 3-5 phút, tối đa 0.03-0.04 mg/kg. Nếu không thể điều chỉnh được tình trạng huyết áp bằng atropine thì BN nhập chăm sóc xoang do NMCT thành công thì nên nghĩ đến nguyên nhân giảm thể tích tuần hoàn và / hoặc NMCT thất phôi. Chỉ định điều trị nhập qua da hoặc qua đường TM khi atropine không hiệu quả và BN có triệu chứng hoặc huyết áp. Nếu nhập can thiệp này thất bại, phải bổ sung nhập thuốc khác, như:

[dopamine](#)

5-20

mg

g/kg/ph, TM,

[epinephrine](#)

2-10

mg

g/ph, và/hoặc

[dobutamine](#)

.

Nhập chăm sóc bệnh nhân nhĩ-thất: là một loại nhập bệnh vô, có tần số 35-60 ck/ph, xuất hiện ở BN NMCT thành công, thường không kèm theo suy giảm huyết động, và không cần điều trị.

Block nhĩ-thất độ I: Trên ECG khoảng PR >0,2 giây, xảy ra ở khoảng 15% BN NMCT cấp, phải biết rằng là NMCT thành công. Giảm nhập thất cấp BN block nhĩ-thất độ I có rối loạn dẫn truyền trên bó His, hiếm khi tiến triển thành block tim hoàn toàn hoặc vô tâm thu. Không có chỉ định điều trị đặc hiệu khi có kèm suy giảm huyết động. Các thuốc chặn kênh calci và chặn beta

có thể gây nên hoặc tăng cấp block nhĩ-thất độ I, nhưng không được ngừng chúng nếu không xảy ra suy giảm huyết động hoặc mức block nhĩ-thất cao đáng kể. Với block nhĩ-thất độ I kèm theo nhập chăm sóc xoang và huyết áp, nên sử dụng atropin. Cần theo dõi diễn biến liên tục bệnh nhân vì block nhĩ-thất độ I có thể tiến triển thành nhập block cao đáng kể.

Block nhĩ-thất độ II: Block nhĩ-thất Mobitz I xảy ra ở 10% BN NMCT, và chiếm 90% trong tổng block nhĩ-thất độ II. Block nhĩ-thất độ II kèm theo QRS hẹp hay rộng nhập trong NMCT thành công. Nhìn chung, nó không ảnh hưởng đến tiên lượng toàn bộ của BN, do vậy, không cần phải điều trị block nhĩ-thất Mobitz I. Tuy nhiên, nếu tần số tim không đủ tưới máu, có thể chỉ định ngay atropine 0.5-1 mg, TM. Nếu nhập tạm thời hiếm khi cần thiết.

Block nhĩ-thất Mobitz II chiếm 10% tổng Block nhĩ-thất độ II (tổng <1% BN NMCT). Block nhĩ-thất Mobitz II có đặc trưng là kèm QRS rộng, hầu như luôn liên quan với NMCT thành công,

Xử lý rối loạn nhịp tim trong nhồi máu cơ tim cấp (phần 1)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ hai, 30 Tháng 5 2016 07:36 - Lần cập nhật cuối Thứ hai, 30 Tháng 5 2016 07:46

tiên lâm học xu hướng. Loại block này thường tiên tri tiên tiến thành block tim hoàn toàn. Tỷ lệ tử vong là 80% khi tiên tri tiên tiến thành block tim hoàn toàn. Vì vậy, phải điều trị ngay Block nhĩ-thất Mobitz II bằng thuốc nhịp qua da hoặc atropin. Atropine có thể có ích trong 50% trường hợp, nhưng thường không làm cho block ngừng hẳn với tăng tần số tim. Máy tạo nhịp tạm thời điều chỉnh TM, và có thể cần máy tạo nhịp vĩnh viễn cuối cùng phải điều trị.

Block nhĩ-thất độ III: hay còn gọi là block tim hoàn toàn, xảy ra ở 5-15% BN NMCT. NMCT thành trọng tâm hoặc thành động mạch chủ có thể bắt đầu block này.

BN NMCT thành động mạch chủ, block nhĩ-thất độ III thường tiên tri tiên tiến thành Block nhĩ-thất độ I hoặc Block nhĩ-thất độ II Mobitz I. Ở hầu hết BN, vị trí block thường là trên nút hoặc trong nút, và nhịp thoát thường gần như với QRS hẹp và tần số tim > 40ck/ph. > 30% BN, vị trí block ở động mạch bó His, dẫn đến nhịp thoát có tần số chậm < 40ck/ph và QRS rộng.

Block nhĩ-thất độ III ở BN NMCT thành động mạch chủ thường đáp ứng với atropin. Ở hầu hết BN, loại block này thoái triển sau vài ngày mà không cần thuốc nhịp tạm thời hay vĩnh viễn. Tỷ lệ tử vong ở BN NMCT thành động mạch chủ block nhĩ-thất độ III khoảng 15%; nếu có kèm theo NMCT thất phải, tỷ lệ này sẽ cao hơn. Xử trí ngay lập tức bằng atropin để chuyển đổi cho block nhĩ-thất độ III. Tuy nhiên, cũng như block nhĩ-thất Mobitz II, cách điều trị này có thể không có ích mà làm cho loạn nhịp xấu hơn. Thuốc nhịp tạm thời qua da hoặc TM để chuyển đổi cho nhịp BN có triệu chứng không đáp ứng với atropin. Điều trị máy tạo nhịp vĩnh viễn nên được xem xét cho nhịp BN nhịp chậm có triệu chứng dai dẳng, không thoái triển mặc dù đã được điều trị tiêu sợi huyết hoặc CTMVQD.

BN NMCT thành trọng tâm, mất block nhĩ thất hoặc block Mobitz II thường tiên tri tiên tiến thành block nhĩ-thất độ III. Block nhĩ-thất độ III xảy ra tiên tiến thường có tỷ lệ tử vong cao. Nghiên cứu CARISMA (Cardiac Arrhythmias and Risk Stratification After Myocardial Infarction) theo dõi nhịp BN NMCT cấp có EF giảm, nhận thấy block nhĩ thất cao độ là yếu tố dự đoán mạnh nhất của tử vong do tim. BN bệnh nhịp block này thường có nhịp nhịp thoát không gần như với QRS rộng và tần số tim < 40ck/ph. Điều trị ngay bằng atropin và / hoặc thuốc nhịp qua da, tiếp theo là thuốc nhịp tạm thời điều chỉnh TM. Nhìn chung, BN NMCT thành trọng tâm block nhĩ-thất độ III sẽ ngừng sốt ra vĩnh viễn thường cần máy tạo nhịp vĩnh viễn.

Các block nhĩ thất (Intraventricular blocks)

Xét lý risk liên quan nhập tim trong nhồi máu cơ tim cấp (phần 1)

Viết bởi Biên tập viên

Thứ hai, 30 Tháng 5 2016 07:36 - Lần cập nhật cuối Thứ hai, 30 Tháng 5 2016 07:46

(còn tiếp)