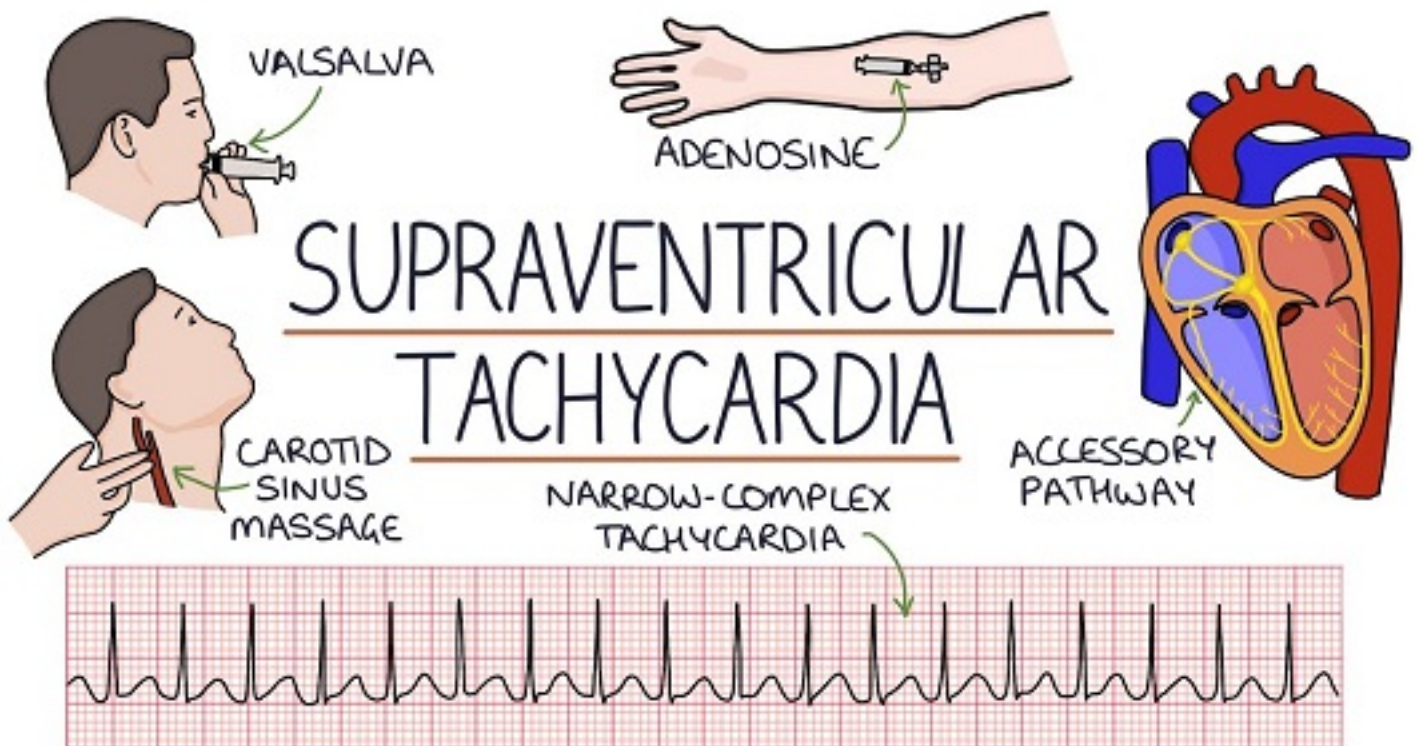


Bs Nguyễn Thị Liên Hoa -

I. Định nghĩa và phân loại

Thuật ngữ 'SVT' (supraventricular tachycardia) theo nghĩa đen chỉ nhịp tim nhanh (tức là tần số >100 nhịp mỗi phút (b.p.m.) khi nghỉ), có thể liên quan đến mô tế bào His trở lên. Theo truyền thống, SVT đã được sử dụng để mô tả tất cả các loại nhịp tim nhanh ngoài nhịp nhanh thất (VT) và AF. Do đó, nó đã bao gồm nhịp tim nhanh chuyển hướng thông qua nút nhĩ thất (AV) do các đường dẫn truyền phụ, rối loạn nhịp mà vẫn bình thường, không phải là nhịp trên thất (Bảng 5). Thuật ngữ 'nhịp nhanh QRS hẹp' cho rằng nhịp này có thời gian QRS <120 ms. Nhịp nhanh QRS rộng được xếp vào nhịp tim có QRS >120 ms (Bảng 6). Trong thực hành lâm sàng, SVT có thể biểu hiện dưới dạng nhịp nhanh QRS hẹp hoặc rộng, hầu hết trong số đó, mặc dù không phải lúc nào cũng xảy ra, biểu hiện dưới dạng nhịp đều. Các nguyên nhân này không được xếp vào AF, là chủ đề của Hội đồng lâm sàng riêng biệt và các tài liệu đang thu thập khác nhau.



Nhịp p nhanh trên thất (SVT)

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 28 Tháng 3 2021 08:36 - Lần cập nhật cuối Chỉnh sửa, 28 Tháng 3 2021 09:07

Bảng 5 Phân loại thông thường của nhịp p tim nhanh trên thất

Nhịp tim nhanh nhĩ
Nhịp tim nhanh xoang
• Nhịp nhanh xoang sinh lý
• Nhịp nhanh xoang không phù hợp
• Nhịp tim nhanh vào lại nút xoang
Nhịp nhanh nhĩ ổ
Nhịp nhanh nhĩ đa ổ
MRAT
• MRAT phụ thuộc vào eo thất mạch chủ-vòm hạ là
• Cường độ điện hình, ngược chiều kim đồng hồ (phổ biến) hoặc theo chiều kim đồng hồ (hiếm gặp)
• MRAT phụ thuộc vào eo thất mạch chủ-vòm hạ là khác
• MRAT không phụ thuộc vào eo thất mạch chủ-vòm hạ là
RA MRAT
LA MRAT
AF
Nhịp tim nhanh bộ nối AV
Nhịp nhanh vào lại nút thất (AVNRT)
• Điện hình
• Không điện hình
Nhịp tim nhanh bộ nối không vào lại
• JET (nhịp nhanh bộ nối lúc chờ hay nhịp nhanh bộ nối ô)
• Các biến thể khác
Nhịp nhanh vào lại nút thất (AVRT)
• Orthodromic (bao gồm PJRT)
• Antidromic (với dẫn truyền ngược đóng qua AVN hoặc hiếm khi qua một con đường khác)

AF = rung nhĩ; AT = nhịp p tim nhanh nhĩ; AV = nhĩ thất t; AVN = nút nhĩ thất t; JET = nhịp p nhanh bộ nối i ngoại v ; RA = tâm nhĩ phải i; LA= tâm nhĩ trái; MRAT = nhịp p nhanh nhĩ vòng vào i i n; PJRT =nhịp p nhanh bộ nối i p i dài d ng; RA = tâm nhĩ phải i

Bảng 6: Chẩn đoán phân biệt nhịp p tim nhanh QRS hẹp và rộng

Nhịp tim nhanh QRS hẹp (<120 ms)
Đặc điểm
• Nhịp nhanh xoang sinh lý
• Nhịp nhanh xoang không phù hợp
• Nhịp tim nhanh vào lại nút xoang
• AT ổ
• Cường độ với dẫn truyền AV có định
• AVNRT
• JET (hoặc các biến thể không tham gia lại khác)
• AVRT Orthodromic
• VT với các đặc biệt là VT kịch ngắn cao)
Không đặc
• AF
• AT ổ hoặc cường độ với các block AV khác nhau
• AT đa ổ
Nhịp tim nhanh QRS rộng (> 120 ms)
Đặc điểm
• VT / rung thất
• Nhịp tạo từ thất
• AVRT Antidromic
• SVT dẫn truyền lệch hướng / BBB (hầu tại từ trước hoặc phụ thuộc vào tốc độ trung nhịp tim nhanh)
• Nhịp nhanh nhĩ hoặc bộ nối với AP tiền kích thích / AP bên ngoài
• SVT với QRS gần rộng do rối loạn điện giải hoặc thuốc chống loạn nhịp
Không đặc
• AF hoặc cường độ hoặc AT ổ với các block thay đổi dẫn truyền lệch hướng
• Nhịp nhanh vào lại AV Antidromic phụ thuộc nút thất / bộ AP với dẫn truyền VA thay đổi
• AF được kích thích sớm

Nhịp nhanh trên thất (SVT)

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 28 Tháng 3 2021 08:36 - Lần cập nhật cuối: Chỉnh sửa, 28 Tháng 3 2021 09:07

VT đa hình • Xoắn đỉnh • Rung thất
Đôi khi, AF với đáp ứng thất rất nhanh có thể giống với nhịp tim nhanh QRS hẹp thông thường.

~~Đôi khi, AF với đáp ứng thất rất nhanh có thể giống với nhịp tim nhanh QRS hẹp thông thường.~~

Khuyến cáo	Class	Level
Bệnh nhân huyết động không ổn định		
Sốc điện đồng bộ bằng dòng điện một chiều được khuyến cáo cho bệnh nhân huyết động không ổn định	I	B
Bệnh nhân có huyết động ổn định		
Một điện tim 12 chuyển đạo trong nhịp nhanh được khuyến cáo	I	C
Nghiệm pháp phế vị, nhất là nằm ngửa với chân nâng cao được khuyến cáo	I	B
Adenosin (6-18mg bolus tĩnh mạch) được khuyến cáo khi nghiệm pháp phế vị thất bại	I	B
Verapamil hoặc Diltiazem(I.V) nên được xem xét nếu nghiệm pháp phế vị và adenosine thất bại	IIa	B
Chẹn thụ thể Beta(I.V esmolol hoặc metoprolol) nên được xem xét nếu nghiệm pháp phế vị và adenosine thất bại	IIa	C
Sốc điện đồng bộ bằng dòng điện một chiều được khuyến nghị khi điều trị bằng thuốc không thể chuyển nhịp hoặc kiểm soát nhịp tim nhanh	I	B

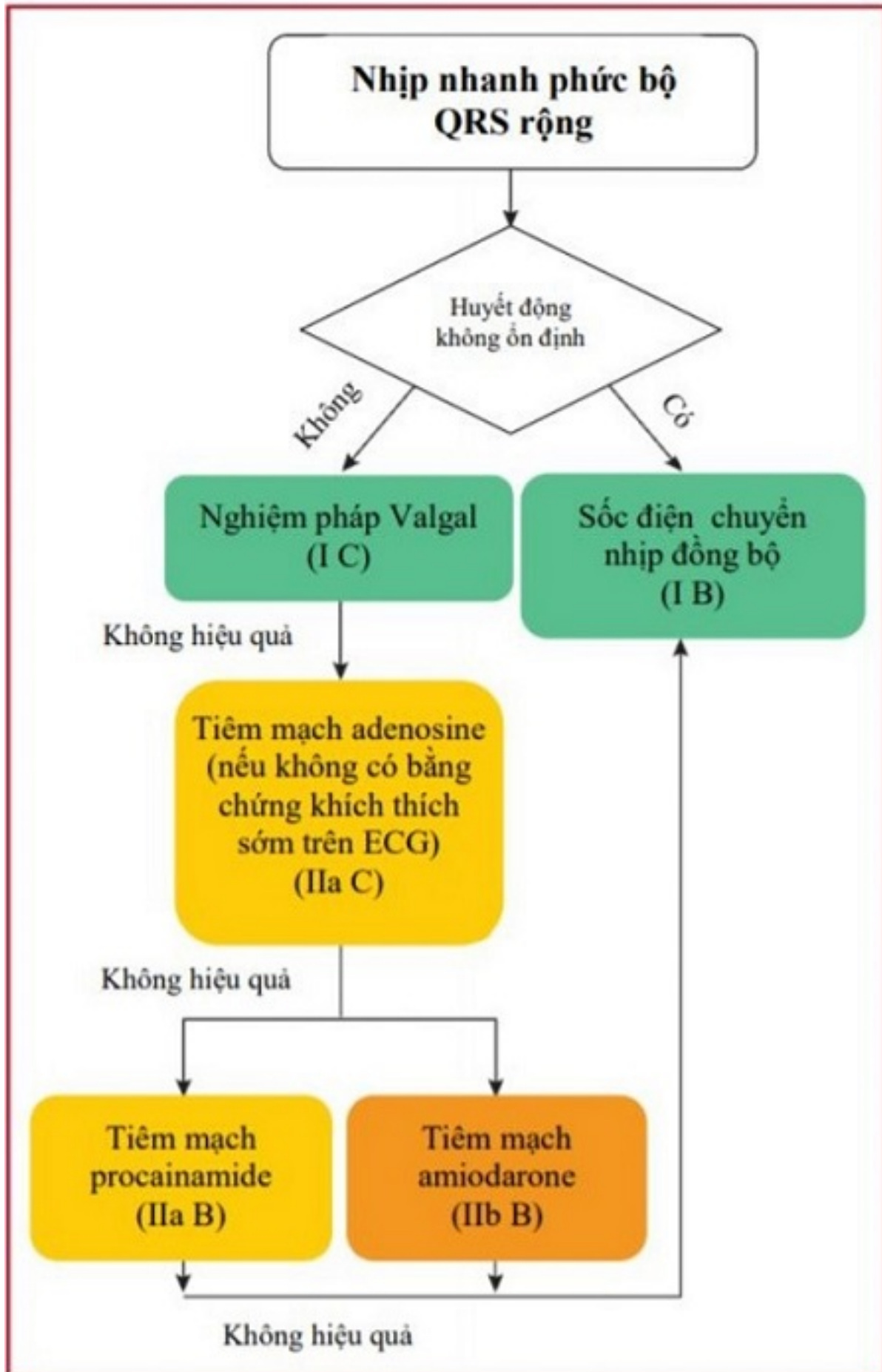
~~Chẩn đoán bệnh nhân huyết động không ổn định, nghiệm pháp phế vị thất bại, không đáp ứng với adenosine hoặc verapamil/diltiazem nên được xem xét sốc điện đồng bộ bằng dòng điện một chiều.~~

Nhịp nhanh trên thất (SVT)

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 28 Tháng 3 2021 08:36 - Lần cập nhật cuối: Chỉnh sửa, 28 Tháng 3 2021 09:07





Nhập nhanh trên thớt (SVT)

Viết bởi Biên tập viên

Chủ nhật, 28 Tháng 3 2021 08:36 - Lần cập nhật cuối: Chủ nhật, 28 Tháng 3 2021 09:07

WHOCC - Khuyến cáo điều trị bệnh SVT cho bệnh nhân không có tiền căn bệnh tim mạch khác

Khuyến cáo	Class	Level
Bệnh nhân huyết động không ổn định		
Sốc điện đông bộ dòng điện một chiều được khuyến cáo ở bệnh nhân huyết động ổn định	I	B
Bệnh nhân huyết động ổn định		
Một điện tim 12 chuyển đạo trong cơn nhịp nhanh được khuyến cáo	I	C
Nghiệm pháp phê vị, nhất là nằm ngửa với chân nâng cao được khuyến cáo	I	C
Adenosin nên được xem xét khi nghiệm pháp phê vị thất bại và không có tiền kích thích trên ECG lúc nghỉ	IIa	C
Procainamide nên được xem xét khi nghiệm pháp phê vị và adenosine thất bại	IIa	B
Amiodaron nên được xem xét khi nghiệm pháp phê vị và adenosine thất bại	IIb	B
Sốc điện đông bộ bằng dòng điện một chiều được khuyến nghị khi điều trị bằng thuốc không thể chuyển nhịp hoặc kiểm soát nhịp tim nhanh	I	B
Verepamil không được khuyến cáo trong nhịp nhanh QRS rộng mà không rõ bản chất	III	B