

RỐI LOẠN NHỊP TIM

Mục tiêu

1. Trình bày được định nghĩa rối loạn nhịp tim
2. Nắm vững được nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của rối loạn nhịp tim.
3. Nắm vững được triệu chứng học một số rối loạn nhịp thường gặp.
4. Nắm vững các phương thức để điều trị loạn nhịp tim
5. Biết cách sử dụng các thuốc trong từng loại loạn nhịp tim

Nội dung

I. ĐỊNH NGHĨA

Rối loạn nhịp tim (RLNT) là sự rối loạn hoạt động điện sinh học của tim về ba mặt

- Sự tạo thành xung động
- Sự dẫn truyền xung động
- Phối hợp cả hai mặt trên

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ SINH BỆNH

1. Nguyên nhân

- Các bệnh nhiễm khuẩn: thấp tim là nguyên nhân thường gặp nhất; rồi đến các bệnh nhiễm khuẩn khác như thương hàn, bạch hầu.
- Do nhiễm độc: thường gặp là các loại chống loạn nhịp như: digital, quinidine procainamid, reserpine, thuốc chẹn beta.
- Do rối loạn điện giải: như tăng hoặc giảm kali máu, magne máu, canxi máu.
- Các bệnh toàn thân: nhất là cường giáp, dị ứng thuốc, đái tháo đường.
- Các bệnh cơ tim: do nhồi máu cơ tim, thoái hóa, lao, ung thư, chấn thương, các bệnh tim bẩm sinh như thông thất, còn ống động mạch, tứ chứng Fallot.
- Do rối loạn thần kinh thực vật: do xúc cảm hoặc gắng sức.
- Do phẫu thuật.
- Do di truyền.

2. Cơ chế bệnh sinh: RLNT xảy ra khi

2.1. Rối loạn về sự hình thành xung động: có thể gặp

- Tăng tính tự động của nút xoang: làm toàn bộ trái tim sẽ đập theo với tần số nhanh như nhịp nhanh xoang.
- Giảm tính tự động của nút xoang: tim sẽ đập chậm gặp trong nhịp chậm xoang, nhịp bộ nối,
- Tăng tính tự động của chủ nhịp dưới nút xoang: đó là những ngoại tâm thu.
- Ngoài ra một số sợi cơ tim có thể phát ra xung động như trong cơn nhịp nhanh thất.

2.2 Rối loạn về dẫn truyền xung động: khi xung động bị trở ngại làm sự dẫn truyền bị chậm đi ta gọi là bloc. Bloc có thể sinh lý không có tổn thương thực thể của cơ tim xảy ra ở bất kỳ vị trí nào của đường dẫn truyền như bloc nhánh, bloc nhĩ thất, bloc xong nhĩ. Bloc cũng chỉ có thể theo một chiều từ trên xuống, hoặc hai chiều. Đặc biệt có thể gặp cơ chế vào lại trong RLNT là một cơ chế đặc biệt gặp trong ngoại tâm thu, cơn nhịp nhanh thất hoặc trên thất.

2.3. Phối hợp cả rối loạn dẫn truyền xung động và hình thành xung động: cơ chế này sẽ tạo ra những RLNT phức tạp hơn như phân ly nhĩ thất, song tâm thu..

III. TRIỆU CHỨNG HỌC MỘT SỐ RLNT THƯỜNG GẶP

1. Nhịp nhanh xoang

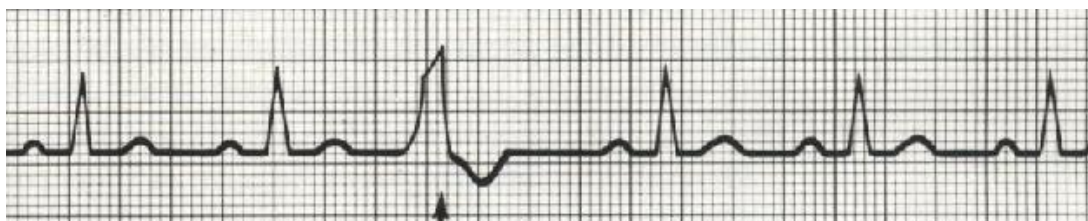
- Nguyên nhân: xúc động, sốt cao, suy tim, cường giáp, thiếu máu.
- Triệu chứng học: hồi hộp, nhịp tim trên 80lần/ phút cả khi nghỉ ngơi và nhịp gia tăng khi gắng sức.
- Chẩn đoán: nhờ điện tim với nhịp xoang tần số trên 80 lần/ phút.

2. Nhịp chậm xoang

- Nguyên nhân: luyện tập thể dục nhiều, cường phế vị do nhồi máu cơ tim vùng sau- dưới, thai nghén, uống nước có nhiều gaz hoặc lạnh quá, do dùng thuốc đặc biệt là các thuốc RLNT làm nhịp chậm như Digital, Cardizem, Verapamil, chẹn beta quá liều...
- Triệu chứng: thường không có triệu chứng rõ, nặng hơn có thể xoàng, ngất, mạch quay chậm dưới 60l/phút. Điện tim: nhịp xoang với tần số dưới 60l/phút.

3. Ngoại tâm thu: là những nhát bóp sớm, nguồn gốc từ tâm nhĩ hay tâm thất, có thể xảy trên tim lành hay tim bệnh lý

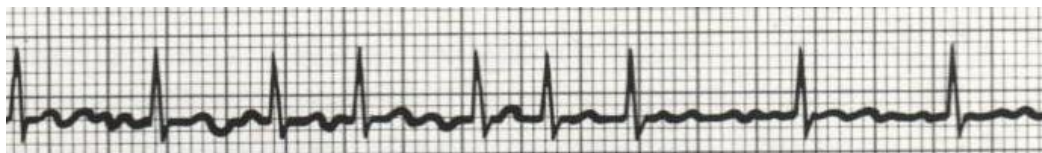
- Nguyên nhân: thường gặp trên tim bình thường, có thể không tìm thấy nguyên nhân, có khi tìm thấy nguyên nhân như sau: lạm dụng các chất kích thích như thuốc lá, cà phê, có khi xảy ra trong kì kinh nguyệt, có thai, có thể do tác dụng phụ của một số loại thuốc như digital, quinidine, adrenaline, isoprenaline; do tổn thương cơ tim như nhồi máu cơ tim, hạ kali máu.
- Triệu chứng: cảm giác hẫng hụt, đau nhói ở tim, đang ngủ giật mình hoặc nghẹn ở cổ, hoa mắt chóng mặt, thoáng ngất. Nghe tim có thể phát hiện nhịp không đều đơn lẻ hoặc nhịp đôi nhịp ba. Nhịp mạch có ngoại tâm thu (NTT) thường yếu đi hoặc mất.
- Chẩn đoán: nhờ vào điện tim. Cần phân biệt NTT thất hay trên thất.
- + NTT trên thất thường không có sự biến dạng của phức bộ QRS và đoạn ST-T; không có nghĩ bù sau nhát NTT mà chỉ có sự dịch nhịp.
- + Ngược lại NTT thất thường có sự biến dạng của phức bộ QRS với sự biến đổi ST-T.



Hình ảnh ngoại tâm thu thất

4. Rung nhĩ

- Nguyên nhân: bệnh tim mạch như bệnh van hai lá là nguyên nhân hàng đầu, nhồi máu cơ tim, thoái hóa cơ tim, viêm màng ngoài tim, tim phổi mạn, hội chứng WPW, các bệnh ngoài tim như cường giáp (thứ nhì sau hẹp hai lá), ngoài ra có thể gặp trong suy giáp, u tủy thượng thận, đái tháo đường, tăng urê máu, viêm phổi... và một số trường hợp không tìm thấy nguyên nhân.
- Triệu chứng: đánh trống ngực, choáng váng khó chịu, có khi xoàng ngất, đau ngực, khó thở. Triệu chứng chủ quan càng rõ rệt nếu rung nhĩ (RN) xảy ra cấp tính và tần số tim nhanh. Nghe tim có nhịp tim không đều về biên độ, tần số, không trùng mạch quay. Huyết áp thường thấp, thường thay đổi qua các lần đo.
- Chẩn đoán: chủ yếu nhờ vào điện tim. Sóng P không còn thay vào đó là các sóng f lẫn tần tần số 350-600 lần/phút. Các phức bộ QRS có thay đổi nhất là về biên độ nhưng chủ yếu là về khoảng cách giữa các sóng khác nhau có đoạn dài, đoạn ngắn.



Hình ảnh ECG rung nhĩ

5. *Cưỡng nhĩ*

- Nguyên nhân: các bệnh van tim nhất là van hai lá, bệnh thiếu máu cơ tim, các bệnh tim khác như tâm phế mạn, thông nhĩ, viêm màng ngoài tim... Có thể gặp trong nhiễm độc digital, thực hiện các thủ thuật hoặc phẫu thuật tim và vô căn.

- Triệu chứng: bệnh nhân thường có cảm giác rất khó chịu và triệu chứng thường rầm rộ hơn rung nhĩ nhất là cơn kịch phát. Nghe tim thấy tim đập nhanh đều 130-150 lần/phút. Tĩnh mạch cổ thường đập rất nhanh hơn tần số tim.

- Chẩn đoán: nhờ vào điện tim thấy sóng P thay bằng sóng F như răng cưa tần số 250-350 lần/phút. Phức bộ QRS bình thường và đều nhau.

6. *Nhịp nhanh kịch phát trên thất*: thường xảy ra trên tim lành

- Triệu chứng: hồi hộp từng cơn kèm theo khó chịu toát mồ hôi, lo lắng, tiểu nhiều sau cơn.

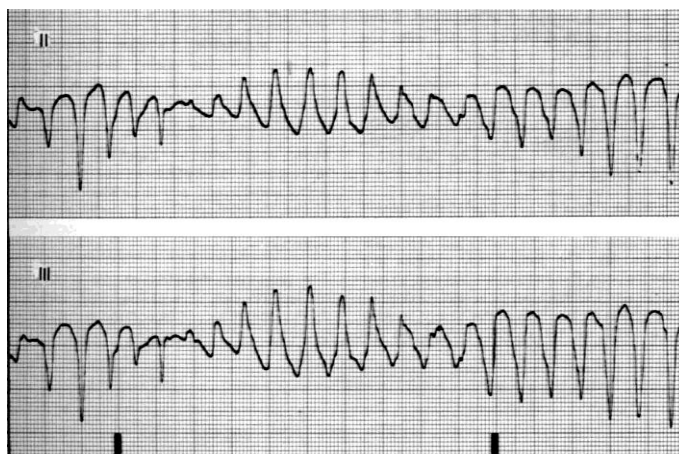
- Chẩn đoán: điện tim có nhịp tim nhanh tần số khoảng 180 lần/phút đều. QRS bình thường, sóng P thường lẫn vào QRS, có thể có ST chênh xuống. Ấn nhãn cầu thường cắt được cơn.

Hình ảnh ECG nhịp nhanh kịch phát trên thất



7. *Nhịp nhanh thất*: là cấp cứu tim mạch:

- Nguyên nhân: xảy ra trên tim bệnh lý như nhồi máu cơ tim, suy vành rồi đến thấp tim, bệnh van tim, bệnh cơ tim, ngộ độc digital, các thủ thuật trên tim và vô căn.



Hình ảnh ECG xoắn đỉnh

- Triệu chứng: rầm rộ với đau ngực, khó thở, ngất, rối loạn huyết động. Nhịp tim rất nhanh trên 160 lần/ phút, mạch khó bắt.

- Chẩn đoán: điện tim cho thấy các phức bộ thất nhanh, phức bộ thất giãn rộng tần số 120-160 lần/ phút. Nhịp nhĩ chậm hơn và phân ly với thất.

8. *Xoắn đỉnh*: là cấp cứu tim mạch.

- Thường do những nhóm thuốc chống loạn nhịp nhóm 1 gây ra; giảm kali máu cũng là yếu tố thuận lợi. Triệu chứng chủ yếu là ngất, trụy tim mạch. Điện tim sẽ thấy sóng khử cực biến dạng lẫn lộn, có chỗ nhỏ và chỗ phình to tùy theo chu kì.

9. *Rung thất*: là cấp cứu tim mạch vì thường gây ra đột tử. Nguyên nhân thường do thiếu máu cơ tim, suy tim, ngộ độc Digital, ngộ độc Quinidine. Triệu chứng là đột tử. Điện tim có rối loạn nhịp thất đa dạng.

10. *Rối loạn dẫn truyền nhĩ thất (Bloc nhĩ thất)*

Dựa vào điện tim có 3 loại:

- Bloc nhĩ thất độ 1: PQ (hoặc PR) kéo dài trên 0,20 giây

- Bloc nhĩ thất độ 2: có 2 thể:

+ Bloc Mobit 1 (hay Luciani-Wenckbach): Khoảng PQ kéo dài rồi mất dần hẳn sau đó lập lại chu kì mới như vậy.

+ Bloc Mobit 2 (hay Bloc nhĩ thất một phần): Hai, ba.. sóng P mới có một sóng QRS

- Bloc nhĩ thất độ 3: Nhĩ và thất phân li hoàn toàn, tần số nhĩ nhanh hơn tần số thất.

Dựa vào triệu chứng cơ năng có thể chia làm 2 nhóm:

+ Bloc nhĩ thất không có triệu chứng

+ Bloc nhĩ thất có triệu chứng

Triệu chứng gợi ý là ngất (cơn Adam-Stokes) hoặc chỉ có xâm xoang.

IV. ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NHỊP

1. Mục đích

1.1. Loạn nhịp tim kịch phát: Cần cắt cơn ngay.

1.2. Loạn nhịp tim dai dẳng, bền bỉ: Đưa về nhịp xoang hoặc là kiểm soát tần số thất trong trường hợp đề kháng với điều trị chuyển nhịp.

2. Chỉ định điều trị cấp cứu

2.1. Suy nặng chức năng của thất trái.

2.2. Biểu hiện triệu chứng lâm sàng hoặc là trên ECG thấy thiếu máu cục bộ cơ tim.

2.3. Loạn nhịp không ổn định báo trước khả năng rung thất.

3. Điều trị không thuốc

3.1. Xoa xoang cảnh, ấn nhãn cầu

3.2. Shock điện

3.3. Tạo nhịp: Cắt cơn nhịp nhanh bằng phương pháp vượt tần số hoặc là kích thích sớm.

3.4. Cắt bỏ qua đường tĩnh mạch tổ chức dẫn truyền

3.5. Phẫu thuật

* Tái tạo mạch máu trong bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ.

* Cắt lọc tổ chức dẫn truyền.

* Cắt lọc ổ sinh loạn nhịp.

* Cắt bỏ phình thất trái.

4. Điều trị loạn nhịp nhĩ bằng thuốc

Mục đích	Thuốc	Cơ chế
Phòng loạn nhịp	Disopyramide Flecainide Propafenone Amiodarone	Ức chế ổ tự động nhĩ
Cắt vòng vào lại ở nút nhĩ thất	Striodyn Verapamil Ức chế β	Làm nghẽn dẫn truyền nhĩ thất
Kiểm soát tần số thất trong rung nhĩ	Digoxin Verapamil Ức chế β Amiodarone	Nghẽn dẫn truyền nhĩ thất

5. Điều trị loạn nhịp thất bằng thuốc

5.1. Phòng ngừa trong nhồi máu cơ tim cấp

- Xylocaine
- Disopyramide
- Amiodarone
- Procainamide

5.2. Phòng ngừa ở bệnh nhân ngoại trú

- Mexiletine
- Disopyramide
- Propafenone
- Ức chế β
- Amiodarone

5.3. Cắt ổ loạn nhịp thất

- Lidocaine
- Flecaine
- Amiodarone

Lưu ý

- Cần thận khi dùng phối hợp ví dụ không dùng amiodarone cùng với disopyramide (làm kéo dài QT gây xoắn đỉnh)
- Nhiều loại làm giảm sự co bóp cơ tim (đặc biệt là disopyramide, flecaine, thuốc ức chế. Vì thế phải rất thận trọng khi có suy tim.

6. Điều trị cụ thể

6.1. Nhịp nhanh xoang

Điều trị phụ thuộc vào nguyên nhân. Chống lo lắng, hạ sốt. Digitalis và lợi tiểu khi có suy tim, thở oxy khi có thiếu khí cấp tính, bù máu khi thiếu máu và kháng giáp khi có cường giáp. Nếu nhịp nhanh xoang do mất thích nghi thể lực và / hay lo lắng gây ra sự khó chịu cho bệnh nhân và sau khi đã loại trừ tất cả nguyên nhân thực thể, có thể cho chẹn beta liều thấp để có thể làm bớt tần số tim khi gắng sức. Thường dùng Propranolol khởi đầu 1/4 viên x 2 lần sáng

và chiều sau đó tăng liều dần những không quá 1/2 viênx 3 lần/ ngày. Điều trị có thể ngừng khi bệnh nhân được luyện tập thể lực để tái thích nghi.

6.2. Nhịp chậm xoang

Chỉ định điều trị đối với nhịp chậm xoang kịch phát, ở giai đoạn cấp NMCT sau dưới. Atropine có thể làm tăng tần số tim và huyết áp. Liều Atropine: 1mg tiêm dưới da hoặc chích tĩnh mạch. Nếu huyết áp thấp có thể bù dịch. Khó khăn duy nhất là khi điều trị những bệnh nhân có hội chứng nhịp nhanh - nhịp chậm (còn gọi là hội chứng nút xoang bệnh lý), khi đó đôi lúc cần phải đặt máy tạo nhịp.

6.3. Rung nhĩ

Lưu ý để chuyển nhịp thành công cần điều chỉnh yếu tố nguyên nhân (bệnh tim gây rung nhĩ, cường giáp...). Mục tiêu điều trị nhằm là chuyển nhịp về xoang hoặc chỉ làm chậm tần số thất.

* Sốc điện

Liều 250- 300j. Hãn hữu mới chỉ định cấp cứu ví dụ như cần tái lập nhịp xoang ngay trong tình trạng choáng, phù phổi cấp nặng, tần số thất > 200 lần/phút. Sốc điện là điều trị chọn lựa trong trường hợp rung nhĩ trên bệnh nhân có hội chứng tiền kích thích. Tỷ lệ thành công khoảng 85% trường hợp.

Chỉ định sốc điện trong trường hợp rung nhĩ mạn tính:

- + Rung nhĩ < 1 năm
- + Đường kính nhĩ trái < 50mm
- + Tim không lớn lắm
- + Dung nạp huyết động kém.

* Điều trị bằng thuốc :

Với mục đích chuyển nhịp hoặc chỉ đơn giản là hãm bớt tần số thất.

- Nếu không có suy tim, tim không lớn có thể dùng Flecaine IV liều 2mg/kg chuyển trong 10 phút cho phép tái lập nhịp xoang trong 3/4 trường hợp (rung nhĩ mới khởi phát).

- Có thể tái lập nhịp xoang bằng Amiodarone (Cordarone) viên 200mg cho liều tấn công 4-6 viên/ngày (có thể uống 1 lần) trong 2 ngày đầu sau đó duy trì 1 viên/ ngày trong 5 ngày. Sau khi tái lập nhịp xoang có thể điều trị duy trì bằng Quinidin hoặc Amiodarone. Tuy nhiên ngày nay ưa sử dụng Amiodarone duy trì.

- Trong khá nhiều tình huống rung nhĩ, người ta chấp nhận chỉ cần làm chậm tần số thất bằng Digitalis (ngoại trừ hội chứng WPW), khi cần có thể phối hợp với Amiodarone.

- Nếu như không có suy tim, tim không lớn, có thể dùng ức chế beta (hoặc là ức chế canxi loại làm nhịp tim chậm (Verapamil, Diltiazem) một khi mà nhịp tim vẫn còn nhanh quá mức mặc dầu đã sử dụng digitalis.

- Hiếm khi tần số thất vẫn không hãm được bằng điều trị nội khoa, lúc này có thể cần tới kỹ thuật phá hủy nút nhĩ - thất bằng năng lượng tần số radio (radiofrequency) để tạo bloc nhĩ thất kết hợp với đặt máy tạo nhịp.

Trước khi chuyển nhịp rung nhĩ mạn tính nhất là ở bệnh nhân có nguy cơ cao tắc mạch do huyết khối buồng tim (bệnh van tim) cần phải sử dụng thuốc chống đông 3 tuần để phòng ngừa tắc mạch sau chuyển nhịp.

6.4. Cuồng động nhĩ

Điều trị hiệu quả nhất là sốc điện với năng lượng thấp 25-50 W sau khi đã dùng an thần nhẹ. Tuy nhiên người ta hay ưa dùng năng lượng cao hơn bởi lẽ hay bị rung nhĩ sau khi sốc bằng năng lượng thấp. Ở người bị cuồng nhĩ sau khi mổ tim hở hoặc là cuồng nhĩ tái lập trong nhồi máu cơ tim cấp đặc biệt là nếu đang dùng digitalis thì nên tạo nhịp nhĩ với tần số 115-130 % tần số cuồng nhĩ có thể chuyển nhịp về xoang. Tạo nhịp nhĩ cũng có thể đưa

cuồng nhĩ về rung nhĩ và làm cho kiểm soát tần số thất dễ hơn. Nếu như tình trạng người bệnh về mặt lâm sàng không cho phép chuyển nhịp ngay thì có thể làm chậm tần số thất bằng các thuốc ức chế nút A-V như ức chế beta, ức chế canxi, hay là Digitalis. Digitalis ít có hiệu quả nhất và đôi khi lại chuyển cuồng nhĩ thành rung nhĩ. Khi dẫn truyền qua nút A-V bị hãm bằng các thuốc trên thì có thể dùng các thuốc chống loạn nhịp nhóm I (A hoặc C) hay amiodarone để chuyển nhịp. Trong trường hợp cuồng nhĩ biến chứng trong hội chứng W.P.W thì chống chỉ định digitalis. Mặt khác nếu như người bệnh đang được dùng digitalis thì nên chờ vài ngày sau (thuốc được thải ra) mới sốc điện.

- Phòng cuồng nhĩ: các thuốc như Quinidine, Flecaine, Propafenone, Amiodarone.

6.5. Nhịp nhanh trên thất

* Nhịp nhanh bộ nối, nút xoang, nhĩ do cơ chế vào lại :

Nếu tình trạng bệnh nhân tốt không có tụt huyết áp thì có thể dùng các thuốc cường phế vị để cắt cơn hiệu quả trong 80% trường hợp (nên nhớ không được xoa xoang cảnh ở người có thối tâm thu động mạch cảnh). Nếu vẫn không được có thể cho Adenosine 6-12mg tiêm TM hoặc Verapamil 2,5-10mg tiêm TM. Cũng có thể dùng Digitalis, ức chế beta. Phương pháp tạo nhịp nhĩ hoặc thất để cắt cơn được dùng khi thuốc không có tác dụng. Sốc điện áp dụng khi có thiếu máu cục bộ cơ tim nặng hoặc là tụt huyết áp.

Phòng ngừa:

- Các thuốc digitalis, ức chế beta, ức chế canxi hoặc là nhóm IA, IC.
- Phương pháp đốt bỏ đường dẫn truyền bằng sóng năng lượng tần số radio.

* Nhịp nhanh nhĩ có cơ chế tăng tính tự động:

Có thể do ngộ độc digitalis hoặc là gặp trong bệnh phổi hoặc tim nặng có giảm kali hoặc đang dùng theophylline và các thuốc cường giao cảm khác. Loại đa ổ đặc biệt hay gặp ở người bệnh đang dùng theophylline. Rung nhĩ gặp trong 50-70% ở người có dạng loạn nhịp này. Tần số thất không đều do có thay đổi mức độ bloc. Trong loạn nhịp do Digitalis hay có dạng bloc 2/1, thái độ điều trị là ngưng Digitalis. Trong loại nhịp nhanh cơ chế tự động không do Digitalis điều trị khó hơn và mục đích của điều trị là hãm tần số thất (bằng ức chế beta, Digitalis, ức chế canxi hoặc cắt lọc ổ loạn nhịp bằng sóng năng lượng tần số radio hay phẫu thuật).

6.6. Nhịp nhanh thất :

Nếu dung nạp kém thì sốc điện ngay. Nếu không sốc điện có thể dùng các thuốc chống loạn nhịp sau: tùy chọn giữa Amiodarone, Flecaine, Xylocaine, Mexiletine, Cibenzoline, Disopyramide, mỗi loại thuốc này có thể cắt cơn từ 50 - 70 % trường hợp. Ví dụ Xylocaine (hay được dùng nhất do giá thành rẻ và khá an toàn) liều tấn công 50-75mg TM duy trì với 20-50microg/kg/phút. Sau khi cắt cơn cần điều trị duy trì bằng thuốc đường uống như chẹn beta, Amiodarone và các thuốc khác. Cần chú ý điều trị nguyên nhân, yếu tố thuận lợi. Cũng có thể cắt cơn nhịp nhanh thất vào lại bằng kích thích điện nội mạc buồng tim.

6.7. Nhiễm độc digitalis:

Có thể gây các rối loạn nhịp và dẫn truyền. Điều trị gồm ngưng ngay Digitalis, cho kali 4 - 8g /ngày đường uống hoặc là TM. Các rối loạn dẫn truyền nhẹ chỉ cần cho Atropine 0,25 - 1mg TM hoặc là dưới da mỗi 3 - 4 giờ, nếu nặng phải đặt máy tạo nhịp tạm thời. Các rối loạn nhịp do Digitalis nói chung đáp ứng tốt với Phenytoine tiêm 250mg TM, nếu thất bại có thể dùng Xylocaine. Hiện nay đã có thuốc kháng thể kháng Digoxin (Digidot mỗi ống 80mg có thể gắn với 1mg digoxin) cho dù là ngộ độc Digoxin, Digitoxin, hay là Lanatoside C.

6.8. Ngoại tâm thu nhĩ

Thường lành tính và vô triệu chứng không cần điều trị. Tuy nhiên nếu gây đánh trống ngực nhiều hoặc là khởi động nhịp nhanh kịch phát trên thất thì có thể dùng an thần và thuốc ức chế beta sau khi loại bỏ các yếu tố làm dễ (thuốc lá, rượu, kích thích giao cảm).

6.9. Ngoại tâm thu thất

- Vô triệu chứng ở người không có bệnh tim: thường không cần điều trị.

- Nếu có triệu chứng: dùng an thần, ức chế beta, thuốc chống loạn nhịp nhóm I, Amiodaron (loại thuốc tùy thuộc vào tình trạng tim cũng như thể loại ngoại tâm thu). Chẳng hạn nếu là loại ngoại tâm thu nguy hiểm (dạng R/T, đa dạng) thì phải sử dụng thuốc tác dụng nhanh như Xylocaine tiêm TM để xóa ngoại tâm thu.

6.10. Rung thất

Phải sốc điện ngay (>300J). Trong lúc chờ đợi sốc phải ép tim ngoài lồng ngực, thông khí hỗ trợ.

6.11. Xoắn đỉnh

Ép tim ngoài lồng ngực. Isoprenalin trong trường hợp xoắn đỉnh trên nền bloc nhĩ thất cấp 3 (ngày nay hay được thay thế bằng magie sulfat và tạo nhịp tim). Nếu như giả xoắn đỉnh (trên nền ngoại tâm thu thất) thì có thể cho Xylocain. Điều chỉnh rối loạn điện giải nếu có.

6.12. Điều trị bệnh xoang nhĩ

* Tạo nhịp

* Các thuốc chống loạn nhịp

* Thuốc chống đông (trong trường hợp hội chứng nhịp nhanh - chậm).

Nói chung tiên lượng những bệnh nhân có bệnh xoang nhĩ là tốt và thường không cần tạo nhịp, vì thể tạo nhịp chỉ được chỉ định ở những bệnh nhân có triệu chứng cơ năng (xoàng, thoáng ngất), mặt khác cũng với mục đích để cải thiện sự dung nạp với gắng sức. Trong hội chứng nhịp nhanh chậm đôi khi cần chỉ định thuốc chống loạn nhịp đối với vài rối loạn nhịp nhanh mà các thuốc loại này thường làm nặng thêm rối loạn chức năng nút xoang, lúc đó máy tạo nhịp có lẽ cần để phòng nhịp chậm quá mức sau tác dụng của thuốc. Vài tác giả khuyên dùng chống đông phòng ngừa tắc mạch hệ thống trong hội chứng nhịp nhanh chậm (hình thành cục máu đông trong nhĩ trái).

6.13. Điều trị bloc nhĩ thất

Có thể dùng Atropin (liều 0,25-1mg tiêm tĩnh mạch hoặc dưới da mỗi 3-4h) hoặc Isoprenaline (1-8 microg/phút) nếu tần số thất quá chậm trong lúc chờ đợi đặt máy tạo nhịp tạm thời hay là vĩnh viễn.

Chỉ định đặt máy tạo nhịp:

1. Nhồi máu cơ tim:

+ Khi có bloc nhĩ thất độ 3 do nhồi máu thành sau có kèm:

- Tần số tim < 40 lần/ phút không có đáp ứng với Atropin.

- Suy tim.

- Loạn nhịp thất cần điều trị thuốc chống loạn nhịp.

+ Bloc nhĩ thất độ 3 hoặc là Mobitz 2 do nhồi máu cơ tim thành trước.

+ Bloc hai nhánh.

+ Tạo nhịp vượt tần số để cắt loạn nhịp trợ.

2. Bệnh xoang nhĩ gây triệu chứng.

3. Bloc nhĩ thất loại Mobitz 2.

4. Bloc nhĩ thất cấp 3 mạn tính có hay không có triệu chứng.

5. Cắt cơn loạn nhịp vào lại.

Phương pháp tạo nhịp: hiện nay dùng chủ yếu là VVI (tạo nhịp chờ bị ức chế bởi thất, nó chỉ tạo nhịp thất) và DDD (tạo nhịp chờ kép vừa nhĩ và thất nó cho phép thiết lập lại sự đồng vận nhĩ - thất).