

ĐIỀU TRỊ NHỊP NHANH TRÊN THẮT Ở PHỤ NỮ CÓ THAI

Trích từ : Guidline AHA/ ACC/ HRS 2015

Người dịch : Võ Công Định Y5 CTUMP

Mang thai có thể làm gia tăng nguy cơ khởi phát nhiều loại loạn nhịp khác nhau, ngay cả khi vắng mặt các bệnh lý tim nền. Ở bệnh nhân có loạn nhịp từ trước, mang thai cũng có thể kết hợp với tăng nguy cơ loạn nhịp cấp, tần suất thường xuyên hơn và loạn nhịp nhanh kháng trị. Đánh giá quan trọng là sự ảnh hưởng lên mẹ và thai của SVT. Mặc dù ngộ độc thai nhi tiềm tàng với liệu pháp dùng thuốc và không dùng thuốc gây ra, nhưng nhiều biện pháp an toàn hiện nay cho phép điều trị có hiệu quả phần lớn trường hợp mẹ bị SVT trong thai kì. Mặc dù tất cả các thuốc đều có tác dụng phụ tiềm tàng lên cả mẹ và thai ở bất kì giai đoạn nào, nếu có thể, thuốc nên tránh trong tam cá nguyệt đầu, khi nguy cơ dị tật bẩm sinh là lớn nhất. Sử dụng liều thấp nhất theo khuyến cáo khi khởi trị và theo dõi liên tục đáp ứng lâm sàng.

A. ĐIỀU TRỊ CẮT CƠN SVT CẤP

CLASS I

1. **Nghiệm pháp cường phế vị** được khuyến cáo để điều trị cơn cấp SVT ở phụ nữ có thai

Để chuyển nhịp cơn SVT cấp, nghiệm pháp cường phế vị (vagal maneuvers), bao gồm Valsalva và xoa xoang cảnh (carotid sinus massage) có thể thực hiện nhanh chóng và nên được xem là can thiệp đầu tiên để cắt cơn SVT. Nghiệm pháp này nên được thực hiện khi bệnh nhân nằm. Nghiệm pháp cường phế vị điển hình sẽ không có hiệu quả nếu nhịp nhanh không bao gồm nút nhĩ thất hay nói cách khác nút AV không phải là 1 thành phần của vòng vào lại. Không có tiêu chuẩn vàng để thực hiện nghiệm pháp Valsalva, nhưng thông thường, bệnh nhân làm gia tăng áp lực trong lồng ngực bằng cách phát âm (bearing down) chống lại sự đóng nắp thanh môn trong 10-30s, đạt ít nhất áp lực từ 30 đến 40 mmHg. Xoa xoang cảnh chỉ thực hiện sau khi xác định sự vắng

mặt của âm thổi động mạch cảnh , bằng cách dùng tay xoa lên xoang cảnh trái và phải từng bên từ 5 -10s. Một nghiệm pháp cường phế vị khác là ngâm mặt vào chậu nước lạnh ở 10°C cũng có hiệu quả cắt cơn SVT. Một nghiên cứu ở 148 BN không mang thai với cơn SVT cho thấy rằng Valsalva sẽ có hiệu quả hơn xoa xoang cảnh. Ấn nhãn cầu quá nguy hiểm và không nên thực hiện.

2. **Adenosin** được khuyến cáo để điều trị cơn cấp SVT ở phụ nữ có thai

Khi nghiệm pháp cường phế vị không cắt được cơn SVT thì adenosine là thuốc đầu tiên (first-line) được lựa chọn. Tác dụng phụ lên thai nhi không được đoán trước, có vẻ như thuốc không vào được vòng tuần hoàn thai nhi vì thời gian bán hủy của adenosine rất ngắn. Ảnh hưởng lên mẹ, ví dụ như cảm giác khó chịu ở ngực và cơn nóng bừng, và thường thoáng qua. Liều khởi đầu của adenosine là bolus tĩnh mạch 6 mg. Nếu không hiệu quả, lập lại lần 2 với liều 12mg. Liều cao hơn của adenosine có thể cần thiết ở 1 số bệnh nhân, hướng dẫn an toàn có thể lên 24mg đã được báo cáo.

3. **Sốc điện chuyển nhịp** được khuyến cáo để điều trị cơn cấp SVT ở phụ nữ có thai với huyết động không ổn định khi dùng thuốc không hiệu quả hoặc có chống chỉ định

Sốc điện đồng bộ được báo cáo an toàn trên tất cả các giai đoạn của thai kỳ. Bản cực điện nên được đặt xa tử cung. Theo dõi liên tục thai nhi trong thời gian chuyển nhịp và ngay sau khi chuyển nhịp được khuyến cáo. Năng lượng sốc điện ở phụ nữ có thai tương tự như BN không có thai.

CLASS IIa

1. Tĩnh mạch **metoprolol hoặc Propranolol** có thể để điều trị cơn cấp SVT ở phụ nữ có thai

Thuốc chẹn beta được xem xét là thuốc đầu tiên cho nhiều loại loạn nhịp khác nhau ở phụ nữ có thai vì đã có nhiều báo cáo về sự an toàn khi sử dụng chẹn beta để điều trị cho nhiều tình trạng khác nhau ở mẹ qua nhiều thập kỉ. Truyền chậm có vẻ như làm giảm tỉ lệ hạ huyết áp .

CLASS IIb

1, Tĩnh mạch **verapamil** có thể để điều trị cơn cấp SVT ở phụ nữ có thai khi adenosine và chẹn beta không hiệu quả hoặc có chống chỉ định

Tĩnh mạch Verapamil có hiệu quả để cắt cơn SVT ở phụ nữ có thai, tuy nhiên, có nguy cơ hạ huyết áp ở mẹ cao hơn adenosine. Báo cáo về sử dụng Diltiazem để cắt cơn SVT bị hạn chế nhiều hơn verapamil, nhưng hiệu quả tương tự được mong chờ.

2. Tĩnh mạch **procainamide** có thể để điều trị cơn cấp SVT ở phụ nữ có thai

Tĩnh mạch procainamide được sử dụng an toàn để điều trị nhiều loại loạn nhịp khác nhau ở thất và trên thất và có thể có hiệu quả chuyển nhịp cơn cấp. Procainamide nên tránh sử dụng dài hạn vì có thể gây ra hội chứng giống lupus.

3. Tĩnh mạch **Amiodaron** có thể để điều trị cơn cấp SVT ở phụ nữ có thai

Mặc dù tĩnh mạch amiodaron được cho là an toàn trong thai kỳ nhưng nhiều tác dụng phụ đã được báo cáo. Quan trọng nhất có lẽ là suy giảm bẩm sinh, được báo cáo khoảng 17% số ca. Với liệu pháp tĩnh mạch thời gian ngắn, tác dụng phụ có lẽ sẽ ít hơn phần lớn nhiễm độc liên quan đến liều thuốc.

B. KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ LÂU DÀI

CLASS IIa

Việc sử dụng thuốc, đơn độc hay kết hợp, có thể hiệu quả để điều trị dài hạn ở BN có thai với SVT có triệu chứng nặng

- a. Digoxin
- b. Flecainide
- c. Metoprolol
- d. Propafenone
- e. Propranolol
- f. Sotalol
- g. Verapamil

Nếu có thể, thuốc chống loạn nhịp nên tránh ở 3 tháng đầu, khi nguy cơ dị tật bẩm sinh là cao nhất. Để dự phòng lâu dài bằng đường uống, metoprolol, propranolol và digoxin nên xem là lựa chọn đầu tiên vì hiệu quả lâu dài của nó, nhưng phải cẩn thận, chẹn beta có thể kết hợp với chậm phát triển bào thai trong tử cung. Ảnh hưởng này xuất hiện đặc biệt khi sử dụng atenolol, đặc biệt ở người mẹ uống atenolol sớm khi mang thai và kéo dài trong thai kỳ. Flecainide và Propafenone sử dụng hiệu quả để điều trị nhiều loại nhịp nhanh, và chúng không nên sử dụng ở BN có bệnh tim cấu trúc và thiếu máu cơ tim.

CLASS IIb

Cất đốt có thể dùng ở BN có thai với triệu chứng nặng, tái phát và SVT kháng trị với thuốc với nỗ lực làm giảm tối thiểu ảnh hưởng toàn thân do tia X

Nguy cơ nhiễm xạ toàn thân lên thai nhi khi cắt đốt ở BN có thai đã được biết rõ vì liều cao dòng ion