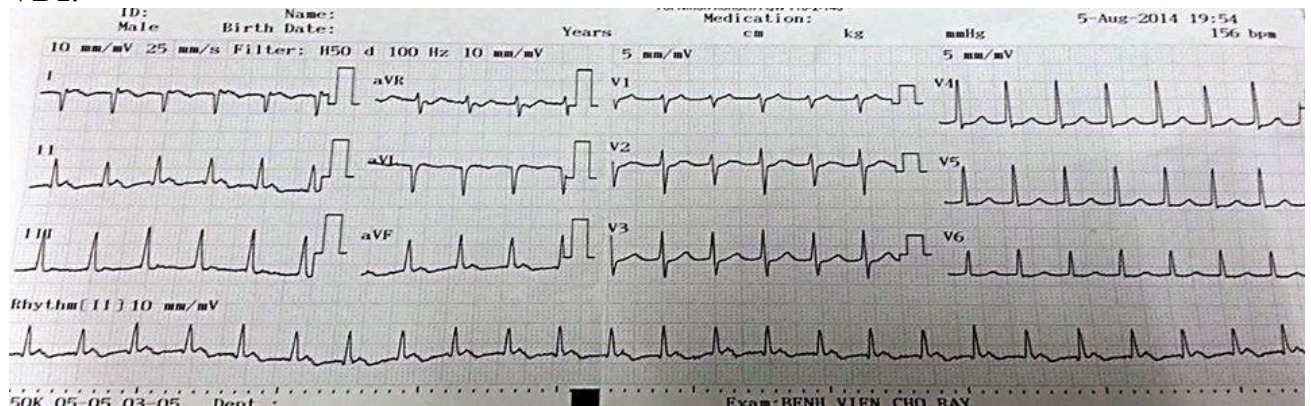


NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT

Võ Công Định Y5 CTUMP

Lần trước đã bàn về nhịp nhanh phức bộ hẹp với nhịp không đều, bao gồm : 1.rung nhĩ
2.MAT 3.Cuồng nhĩ , nhịp nhanh nhĩ với block nhĩ thất thay đổi..Bài này sẽ phân tích về
nhịp nhanh phức bộ hẹp với nhịp đều..

VD1.



ECG trên nhịp tim 156 bpm, đều, QRS hẹp ..Vậy nó là gì ? Cách tiếp cận với 1 điện tim
nhịp nhanh phức bộ hẹp như thế nào .. Nhìn có vẻ khó, nhưng chỉ cần 3 bước, có thể nhìn
ra nó là loạn nhịp gì ? Chứ k giống như nhịp nhanh phức bộ rộng, là 1 chủ đề khó, sẽ
phân tích sau.. Khi thấy nhịp nhanh phức bộ hẹp thì chủ nhịp chắc chắn phía trên thất..

Bước 1.. Nhìn xem nhịp đều hay không, tức nhìn khoảng RR có cách đều nhau không ? và
có 1 quy ước là nếu chênh lệch RR không quá 0,16s thì vẫn xem là nhịp đều..Nếu không
đều, có 3 trường hợp trên..Nếu đều chuyển sang bước 2

Bước 2.. Nhìn xem có sóng P hay không ? Nghe có vẻ dễ, nhưng thực sự rất khó, vì đôi
khi sóng P âm đi theo QRS , để ý tìm nó mới thấy được.. Vậy làm sao xác định là có sóng
P lẫn vào phức bộ QRS không ? Vậy phải biết sóng T hình dạng bình thường, câu kinh
điển : sóng T sườn lên thoải thoải sườn xuống dốc, nếu sóng T k phải dạng đó thì rất có
thể có sóng T lẫn vào, trừ trường hợp T âm hay T dẹt do thiếu máu thì khó nhìn, và có thể
nhìn hk dc..Nhìn ở D2 vì ở đây sóng P rõ nhất, nếu k rõ mới nhìn các chuyển đạo khác..

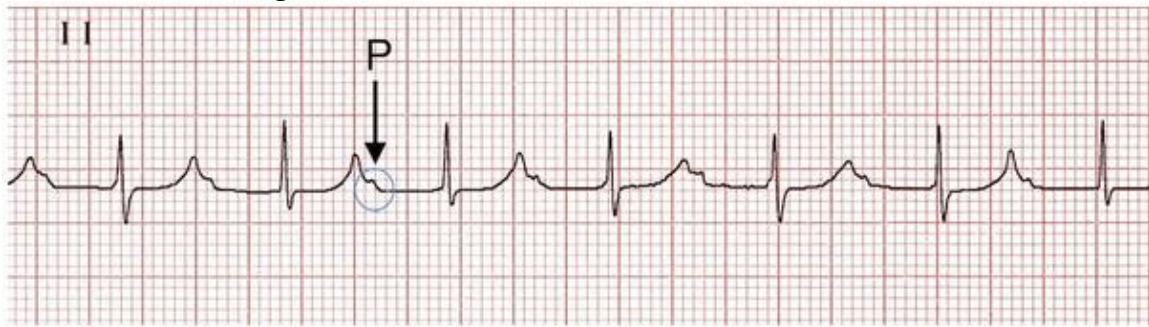
Bước 3. A. Có P

Trường hợp 1.. Có sóng P theo sau mà P đi trước QRS

- nhịp nhanh xoang (sinus tachy) : P dương
- nhịp nhanh nhĩ (atrial tachy), lưu ý là k có chữ đa ổ nhe !!!!!!!
- cuồng nhĩ (atrial flutter) : có sóng F (tạm coi là sóng P cho dễ, chứ nó k phải sóng P nhe ..để 1 số bạn thắc mắc)

Trường hợp 2.. Có sóng P mà sóng P theo sau QRS

Cần xác định khoảng RP và PR



Vd trên RP là 0,32s, còn PR = 0,24s.. đây vd thôi nghe,, đây là block nhĩ thất độ 1 chứ hk phải nhịp nhanh..hihi

-Nếu RP ngắn, tức $RP < PR$, và $RP < 0,07s$ tức 2 ô là **nhịp nhanh vào lại NÚT nhĩ thất, hay nhịp nhanh RP ngắn** (viết tắt là AVNRT, để ý có N là nút hay tiếng anh là node...phân biệt với nhịp nhanh vào lại nhĩ thất AVRT, k có chữ N) và **nhịp nhanh bộ nối** (Junctional tachy)..tức có 2 trường hợp tuy nhiên JT nhịp từ 60-130 thôi, tối đa 130..còn AVNRT nhịp từ 150-250, nên có thể phân biệt được.

-Nếu RP ngắn, và $RP > 0,07s$: **nhịp nhanh vào lại nhĩ thất dẫn truyền xuôi (AVRT orthodromic)**

-Nếu RP dài, tức $RP > PR$: **AVNRT thể không điển hình (nhịp nhanh RP dài) hoặc AVRT orthodromic.**

B.Không P

-AVNRT

- nhịp nhanh bộ nối

Trên chỉ phân tích cách tiếp cận sao cho nhanh, còn cơ chế thì tự đọc sách tìm hiểu thêm..

Tóm lại : PSVT có 2 trường hợp

1. AVNRT : có 2 trường hợp nữa là nhịp nhanh RP ngắn và nhịp nhanh RP dài
2. AVRT : có 2 trường hợp nữa là orthodromic (phức bộ hẹp) và antidromic (phức bộ rộng, k bàn ở đây)

Và nếu trên lâm sàng 1 BN trẻ tuổi vào viện với triệu chứng hồi hộp đánh trống ngực và bắt mạch nhanh trên 150 thì 60-70% là PSVT... mà PSVT thì 96 % là AVNRT..

Điều trị thì để tối rảnh post sau..