

# CHẨN ĐOÁN NHỊP NHANH QRS RỘNG, DỊ DẠNG

**PGS. TS Phạm Nguyễn Vinh**

Bv tim Tâm Đức

Viện Tim TP.HCM

ĐH Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

ĐH Y Khoa Tân Tạo

# Cơ chế

- Có 3 cơ chế:
  - NNTT trên b/n đã có block nhánh hoặc dẫn truyền lệch hướng (NNTT/DTLH).
  - Nhịp nhanh thất (NNT)
  - NNTT kích hoạt thất theo đường phụ trước tiên: nhịp nhanh do kích thích sớm (NNKTS).



DTLH



NNT



KTS

# Chẩn đoán

- Bệnh sử
- Khám thực thể
- Siêu âm tim
- ECG

# Bệnh sử

- NNKTS (nhịp nhanh do kích thích sớm): xuất hiện từ trẻ.
- NNKTS, NNTT/DTLH: bệnh sử tái diễn nhiều lần từ trẻ.
- Bệnh sử bệnh tim (đặc biệt NMCT) → nghĩ NNT.

# Khám thực thể

- ❖ Triệu chứng phân ly nhĩ thất:
  - Sóng A đại bác TM cảnh
  - T1 thay đổi
  - Huyết áp thay đổi
- ❖ Huyết động trong cơ: không giúp chẩn đoán
- ❖ Xoa xoang cảnh:
  - Ngưng ở NNTT
  - Hiện rõ rung nhĩ, cuồng nhĩ
  - Hiện rõ NNT có dẫn truyền thất – nhĩ

# Siêu âm tim

- Có bệnh tim cấu trúc gây rối loạn nhịp thất: bệnh van tim, phân xuất tổng máu thấp sau nhồi máu cơ tim, bệnh cơ tim dẫn nở, bệnh cơ tim phì đại.
- Bệnh tim bẩm sinh gây rối loạn nhịp trên thất: bệnh Ebstein, chuyển vị đại động mạch có sửa chữa hay kèm hội chứng W.P.W

# Tiêu chuẩn ECG (1)

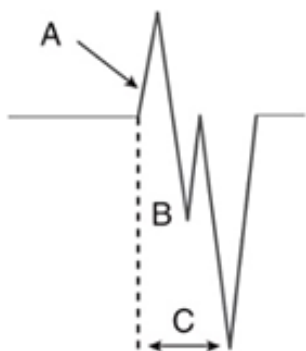
1. Nếu có ECG trước cơn, cần khảo sát:
  - Blocc nhánh từ trước
  - Có kích thích sớm từ trước
2. Có phân ly nhĩ thất: NNT  
Chuyển đạo Lewis (làm rõ sóng P):
  - Đo theo DI
  - Điện cực tay phải đặt ở đáy tim bờ phải xương ức.
  - Điện cực tay trái đặt ở bờ trái xương ức LS4, LS5.
3. Có nhát bắt, nhát hỗn hợp: NNT.
4. QRS > 0,14 giây: NNT? (cần loại trừ: đã có bệnh tim, có hội chứng kích thích sớm, dùng thuốc chống loạn nhịp).

## Tiêu chuẩn ECG (2)

5. Trục QRS:
  - Lệch trái
  - Lệch phải: NNT
  - Vùng “tây – bắc” gợi ý NNT.
6. Nhịp rất không đều, > 200 lần/phút: rung nhĩ + đường phụ
7. Thay đổi đột ngột từ một dạng QRS ra dạng khác: NNT
8. Dạng QRS giống nhất NTT thất lúc nhịp xoang: NNT
9. Phức hợp QRS đồng dạng dương: NNT từ vùng sau đáy
10. Phức hợp QRS đồng dạng âm: NNT từ vùng trước mỏm
11. Dạng đặc thù blocc nhánh trái: NNTT



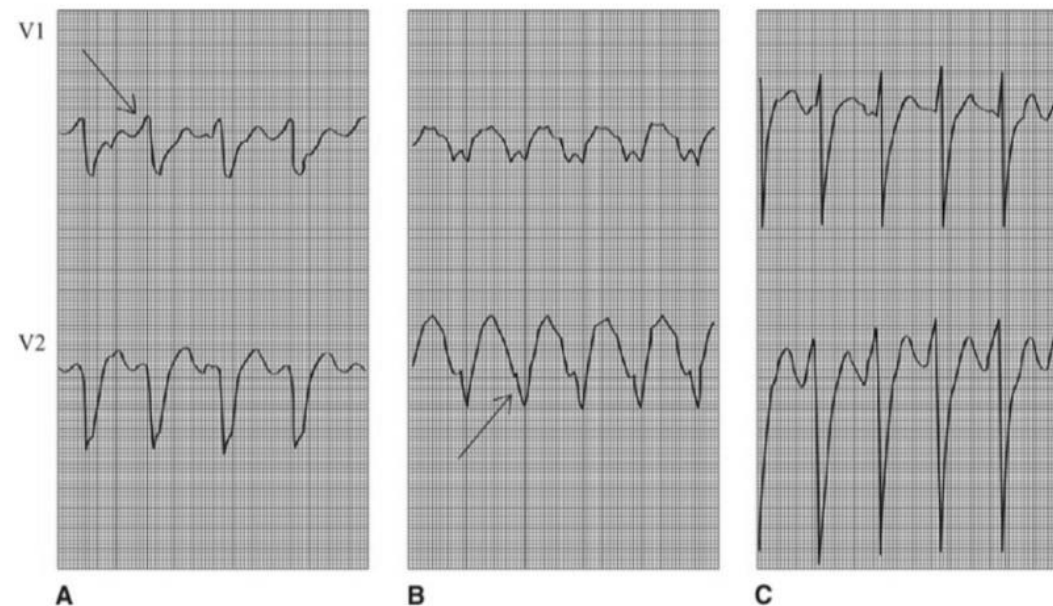
# Đặc điểm QRS của NNT dạng LBBB



*A: R rộng ( $\geq 0.04 s$ )*

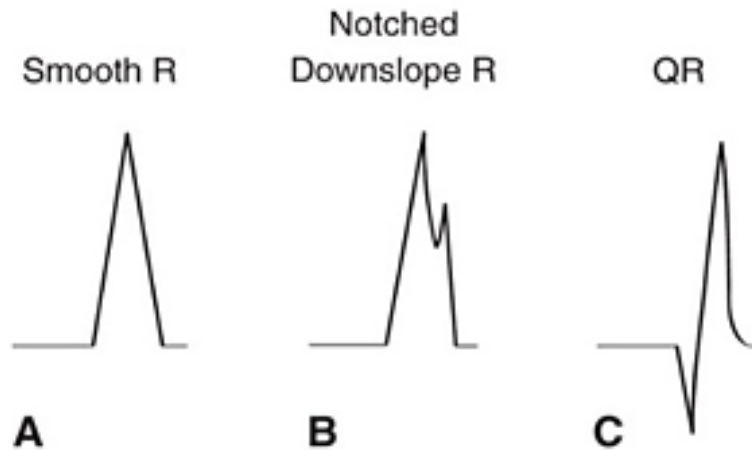
*B: có khắc xuống ở sóng S*

*C: bắt đầu sóng R đến đỉnh sóng S ( $\geq 0.06 s$ )*



Ba đặc điểm QRS của nhịp nhanh thất dạng block nhánh trái ở V1, V2

# Đặc điểm QRS của NNT dạng RBBB



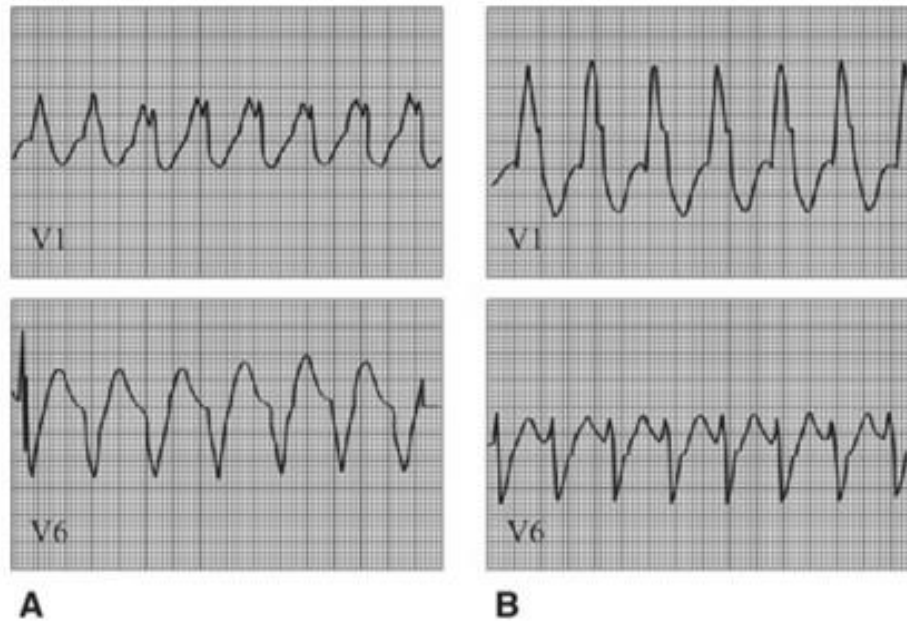
A: sóng R trơn láng

B: Sóng R có khúc xuống

C: dạng QR

Ba dạng QRS ở V1 trong nhịp nhanh thất dạng bloc nhánh phải

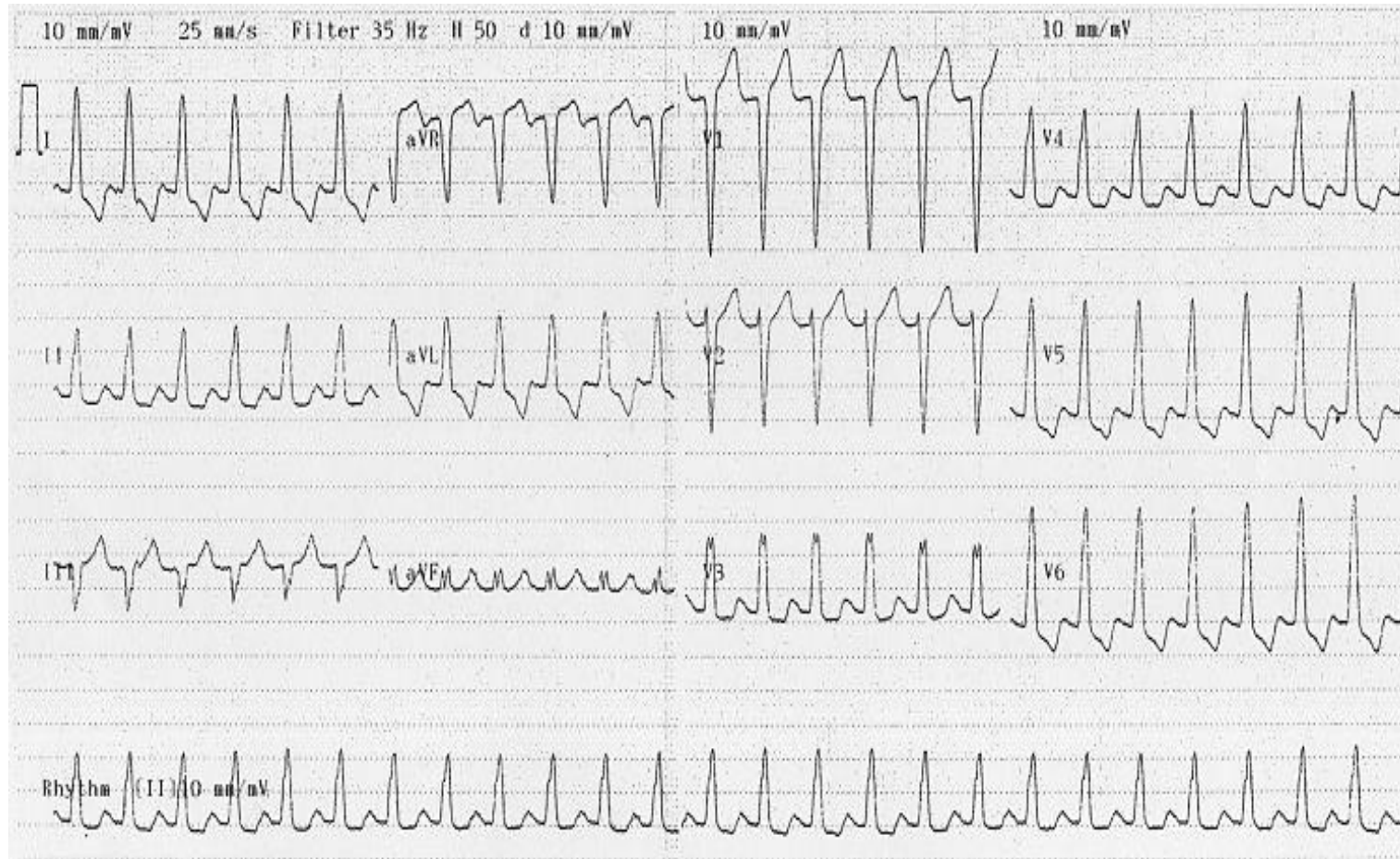
# Nhịp nhanh thất dạng block nhánh phải



*A: Sóng RS có khác xuống dạng tại thỏ ở V1 và QS ở V6*  
*B: dạng qR ở V1 và RS ở V6*

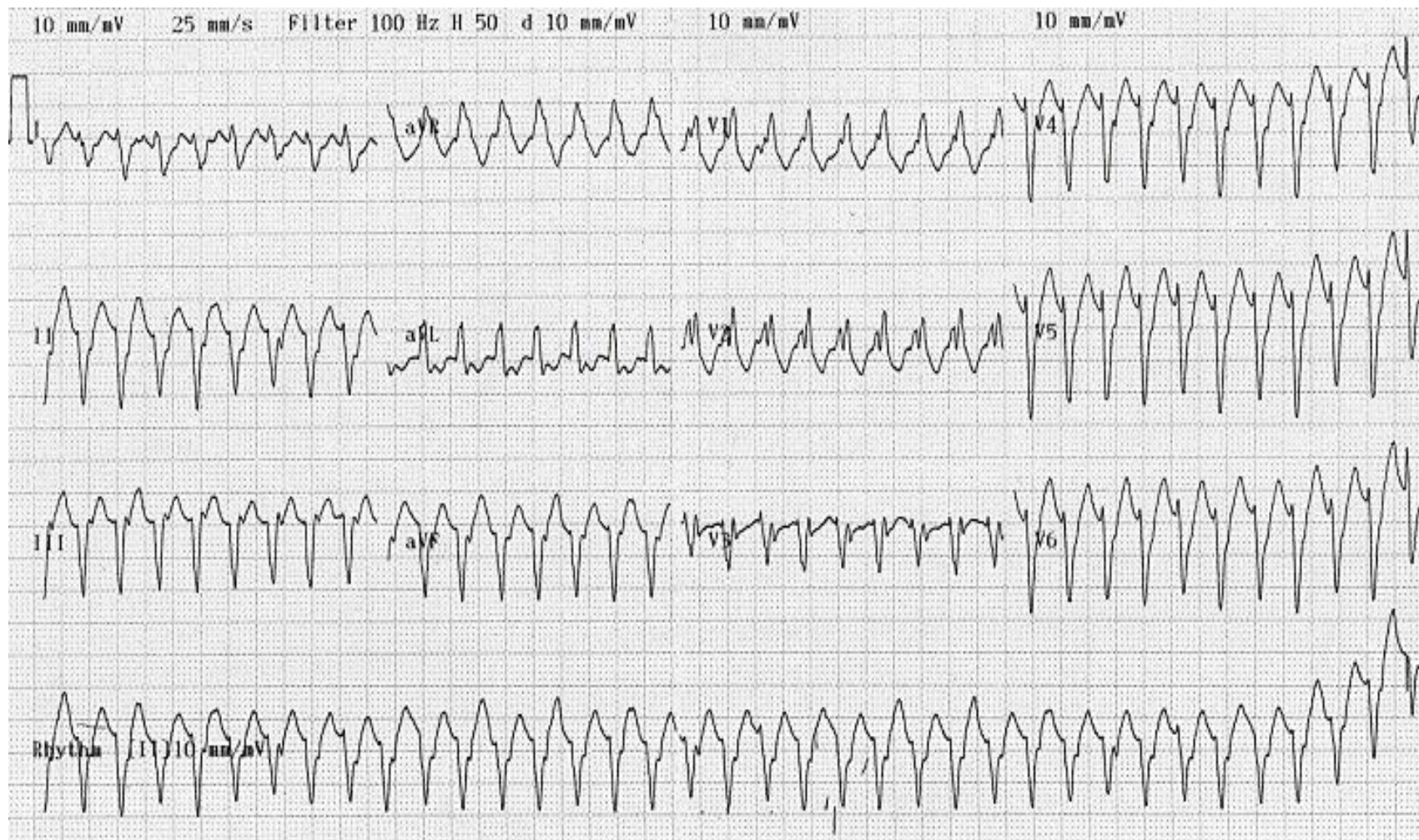
Dạng QRS ở V1 trong nhịp nhanh thất dạng block nhánh phải

# ECG 1



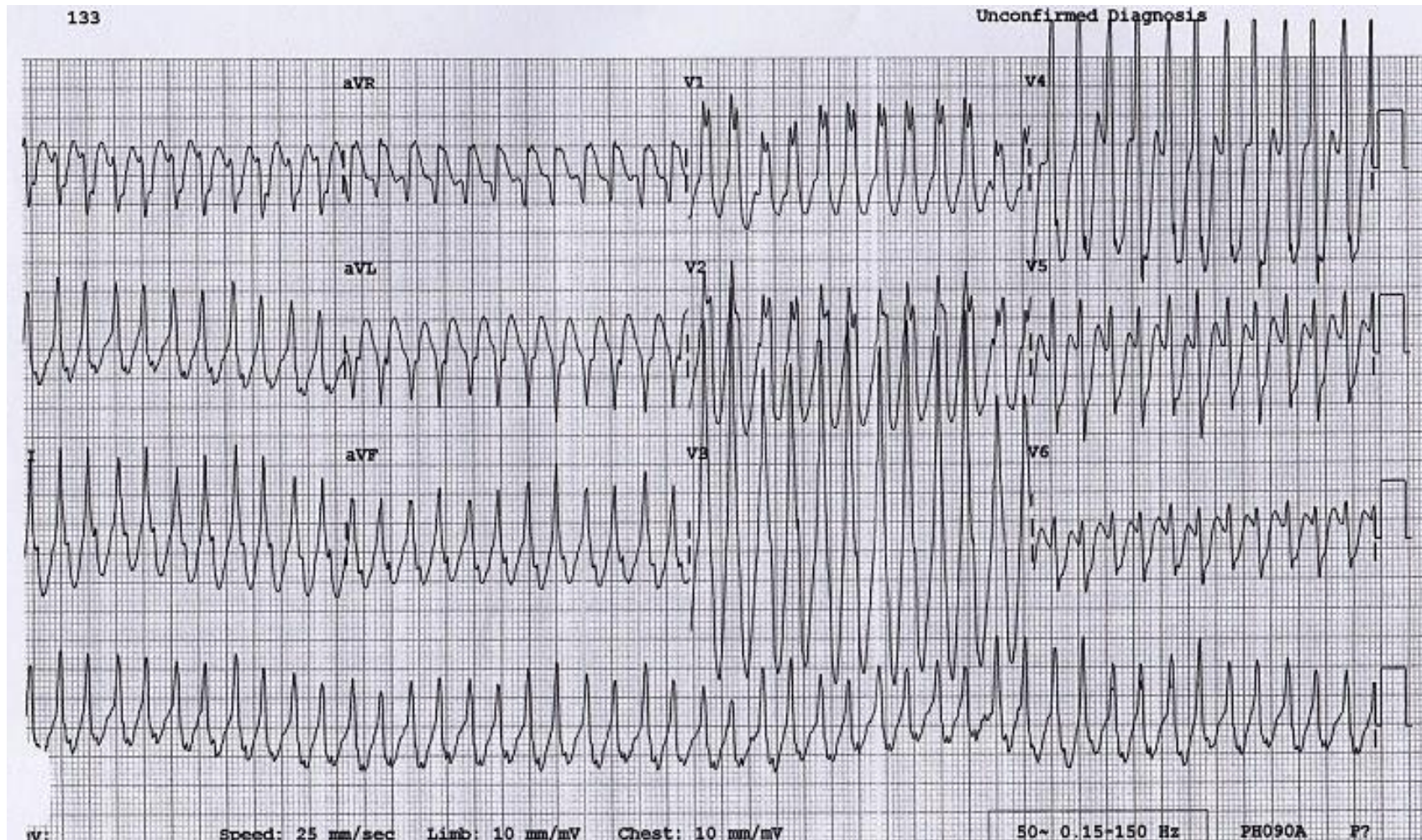
Nhịp nhanh vào lại nút  
nhĩ thất + bloc nhánh  
trái có trước đó

# ECG 2



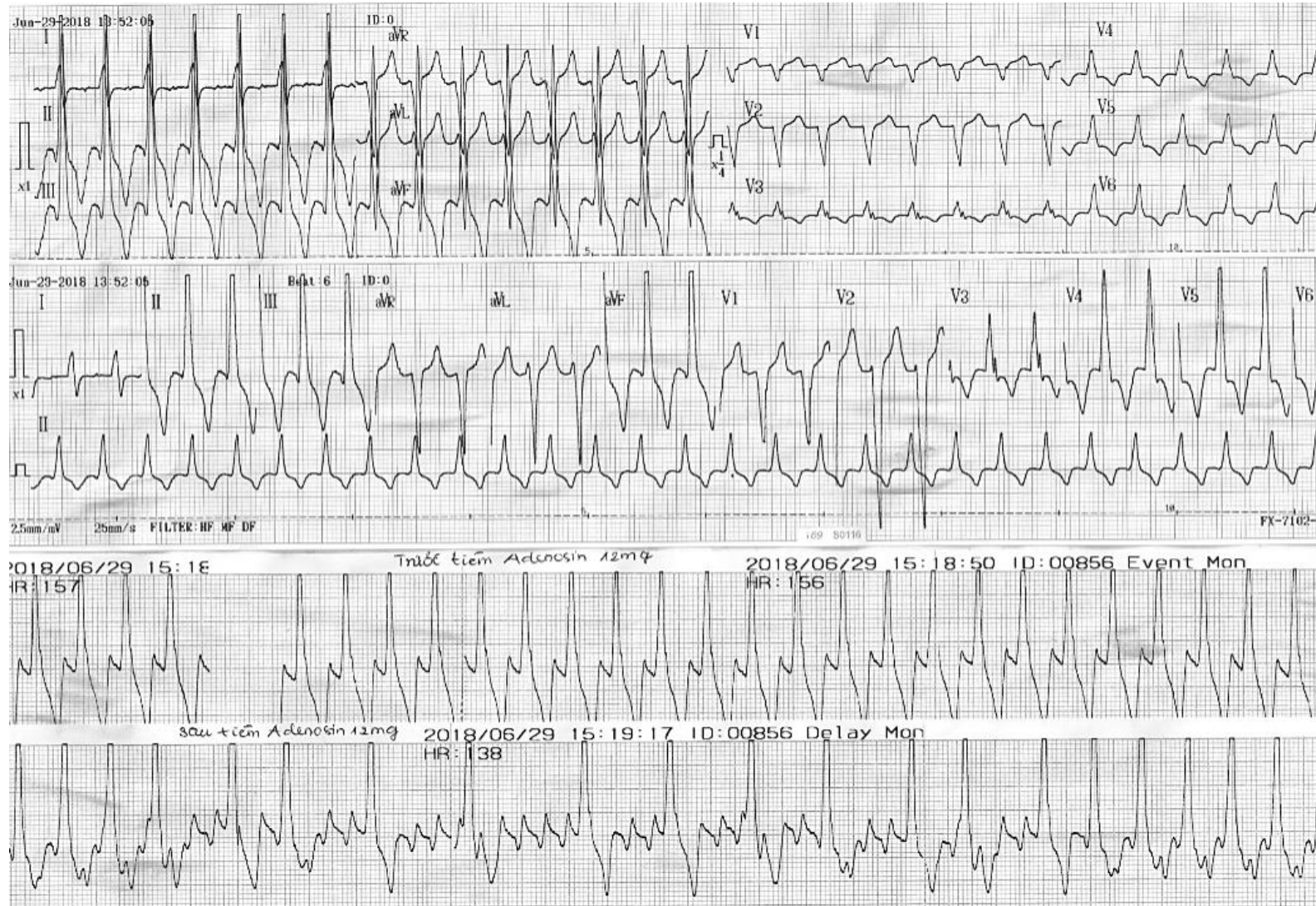
Nhịp nhanh  
thất: phân ly  
nhĩ thất, trục  
QRS ở vùng  
“tây – bắc”,  
chuyển đổi trục  
so với ECG  
bình thường  
trước đó, sóng  
S sâu ở V6.

# ECG 3



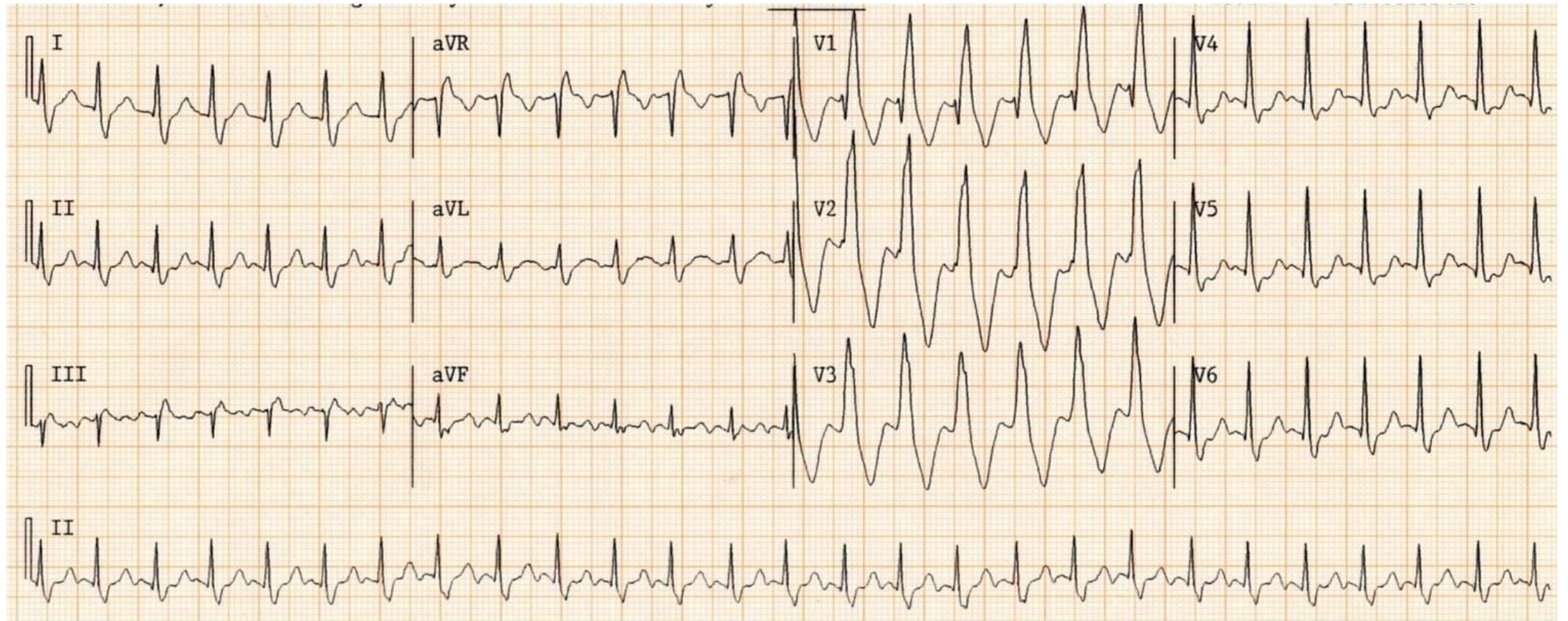
Bé trai, 5 tuổi, tiền sử được chẩn đoán WPW. Nhập viện vì cơn nhịp nhanh, TST # 290 lần /phút, QRS rộng, dị dạng, không đều. Chẩn đoán nhịp nhanh trên thất do đường phụ, dạng antidromic. Chẩn đoán phân biệt với nhịp nhanh thất khó nếu không có biết tiền sử trước đó.

# ECG 4



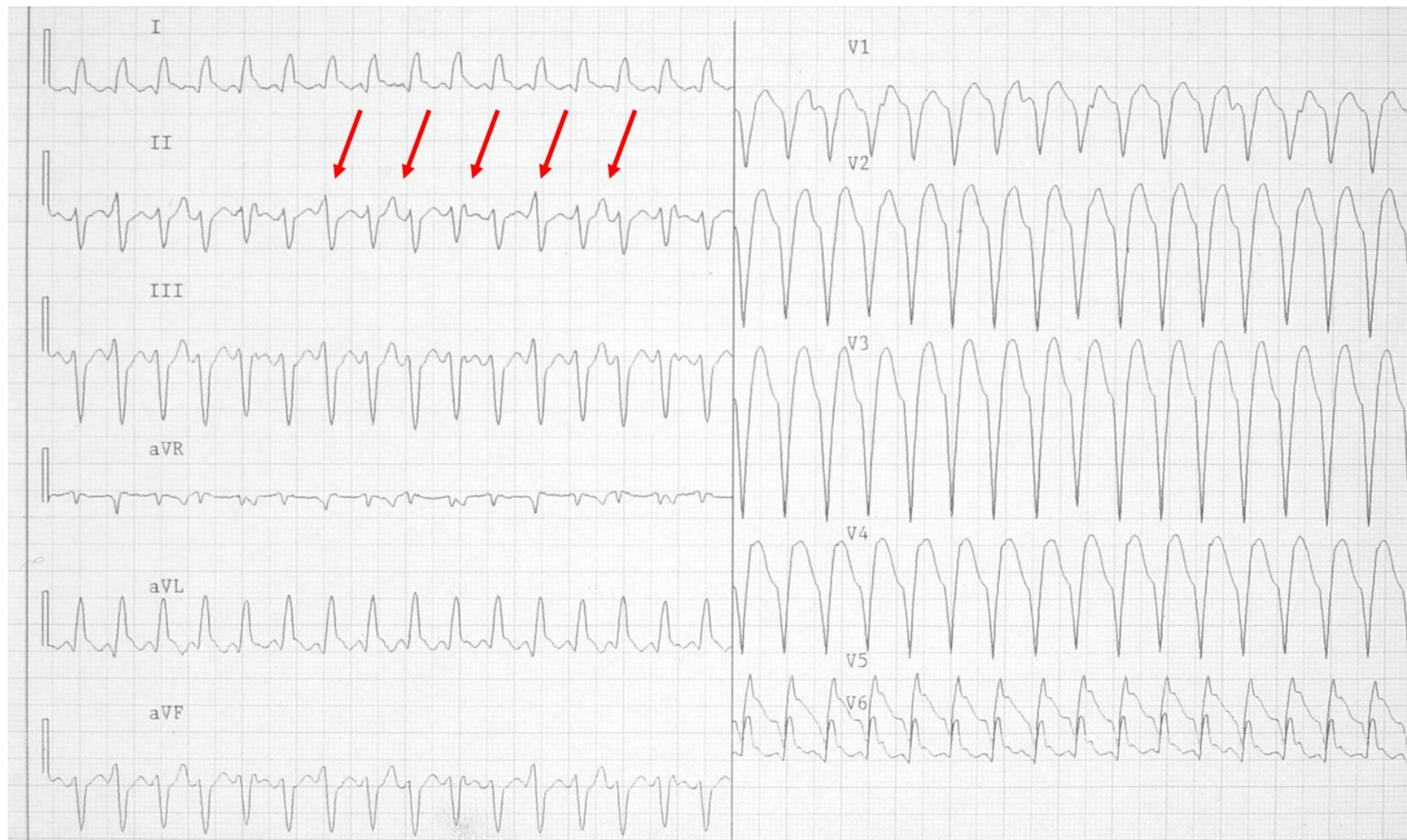
Bệnh nhân nam, 34 tuổi, bệnh cơ tim phì đại. ECG: nhịp nhanh QRS rộng, dị dạng, đều, tần số tim 160 lần/phút. Sau tiêm Adenosin 12 mg, ECG cho ra hình ảnh rung cuồng nhĩ. ECG trước đó có block nhánh trái.

# ECG 5

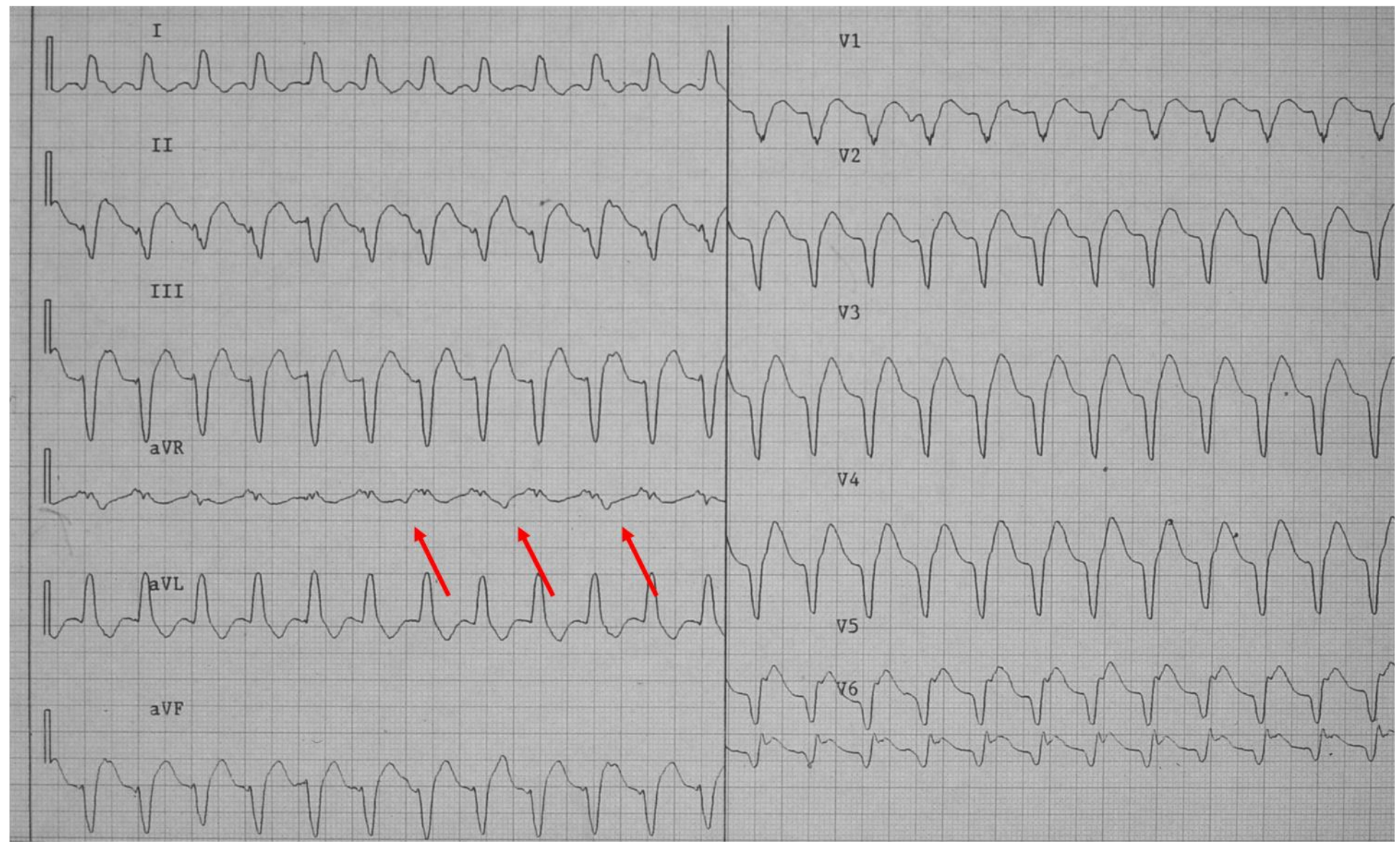




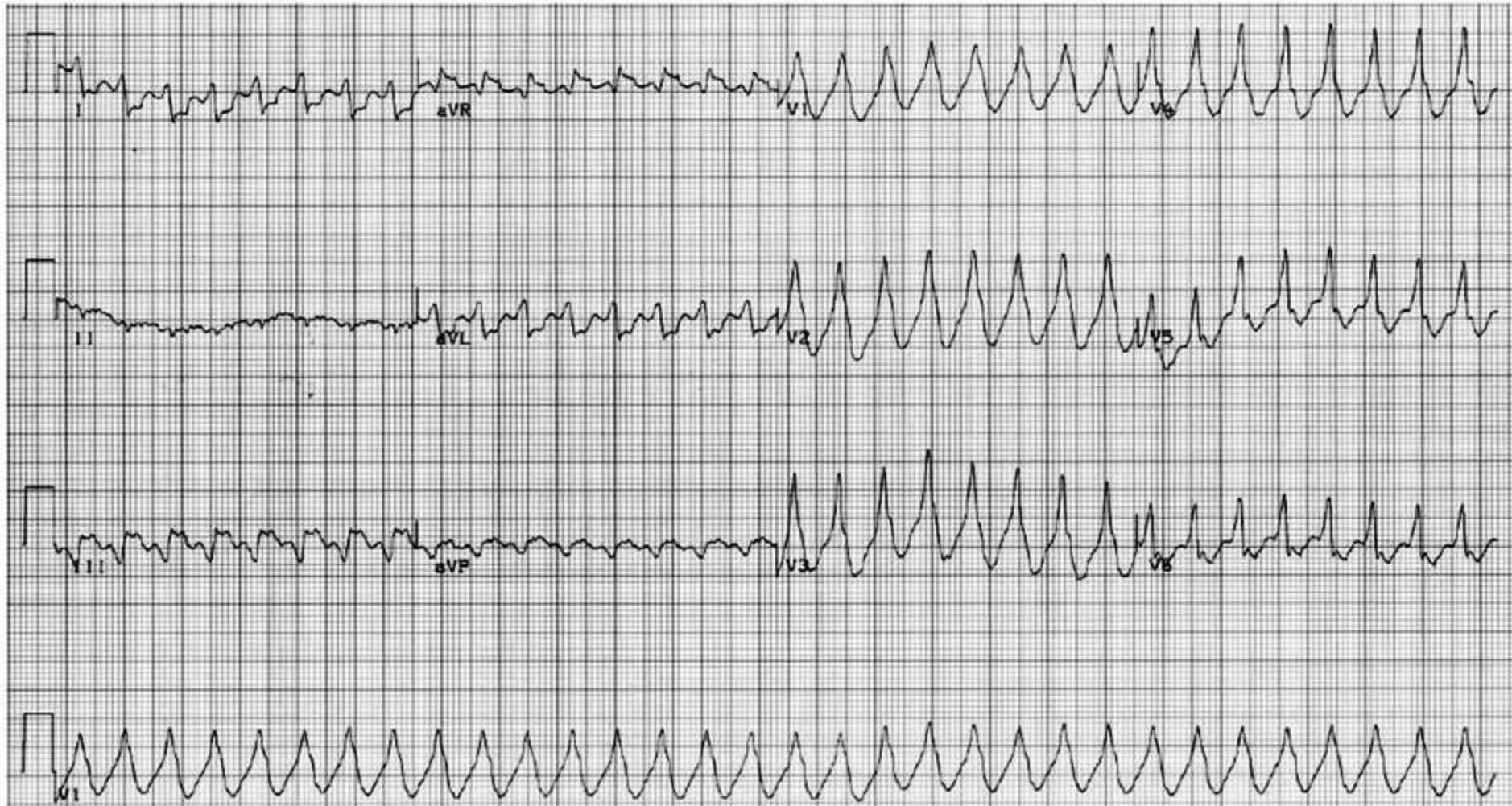
# ECG 6



# ECG 7



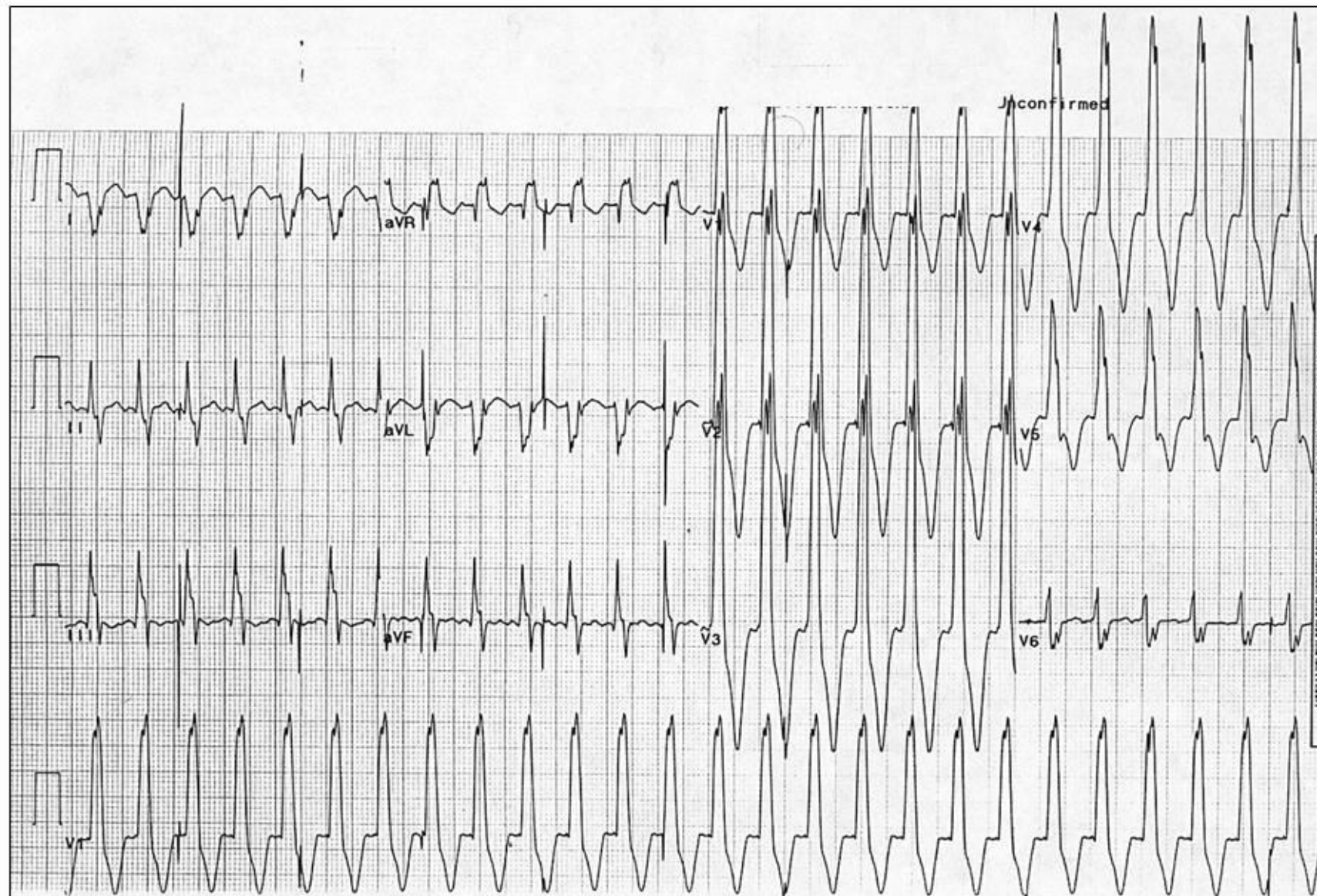
# ECG 8



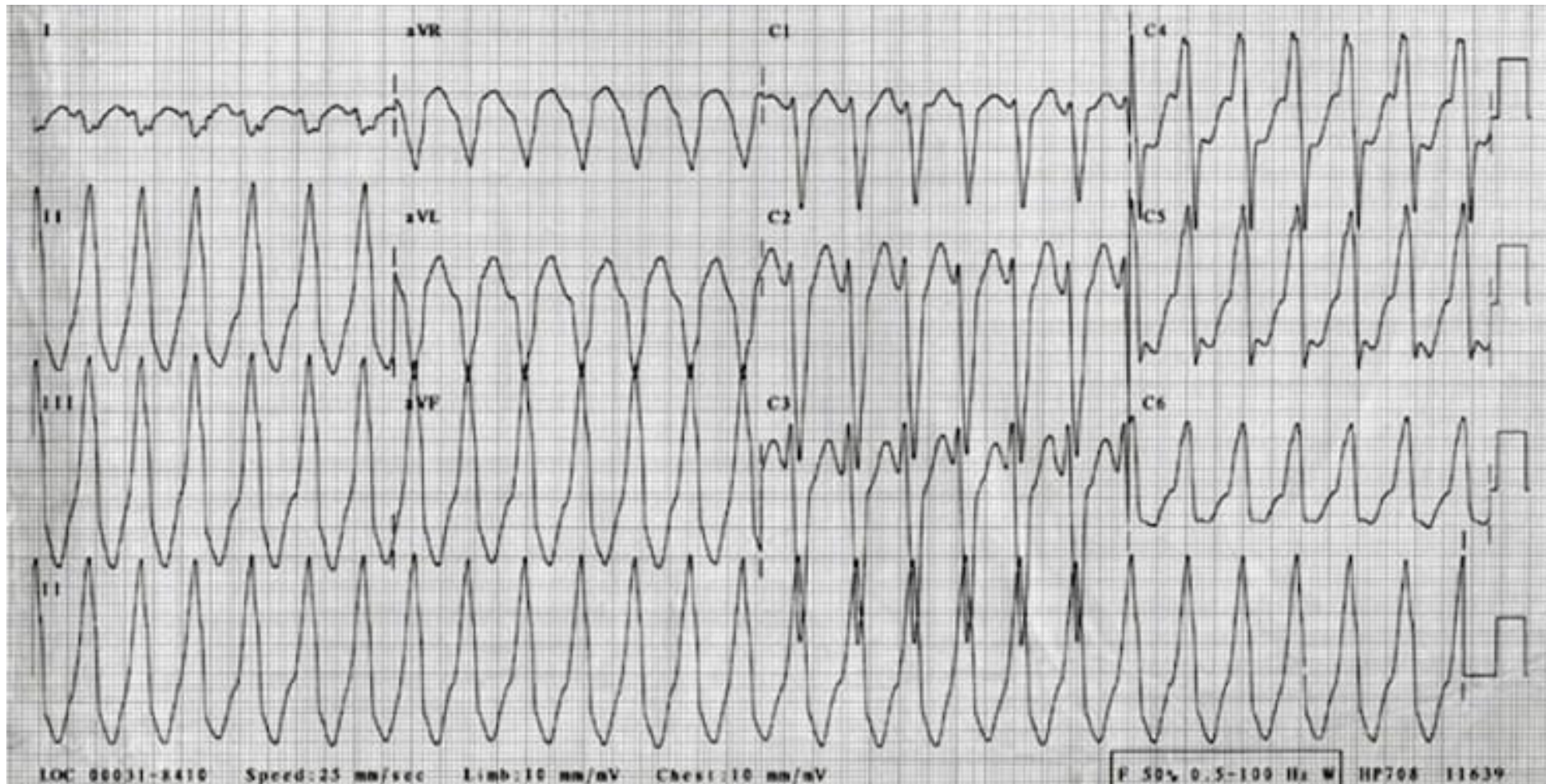
# ECG 9



# ECG 10



# ECG 11



# ECG 12

