

RỐI LOẠN NHỊP TIM Ở PHỤ NỮ CÓ THAI

Bs. Đào Minh Đức

Đại cương

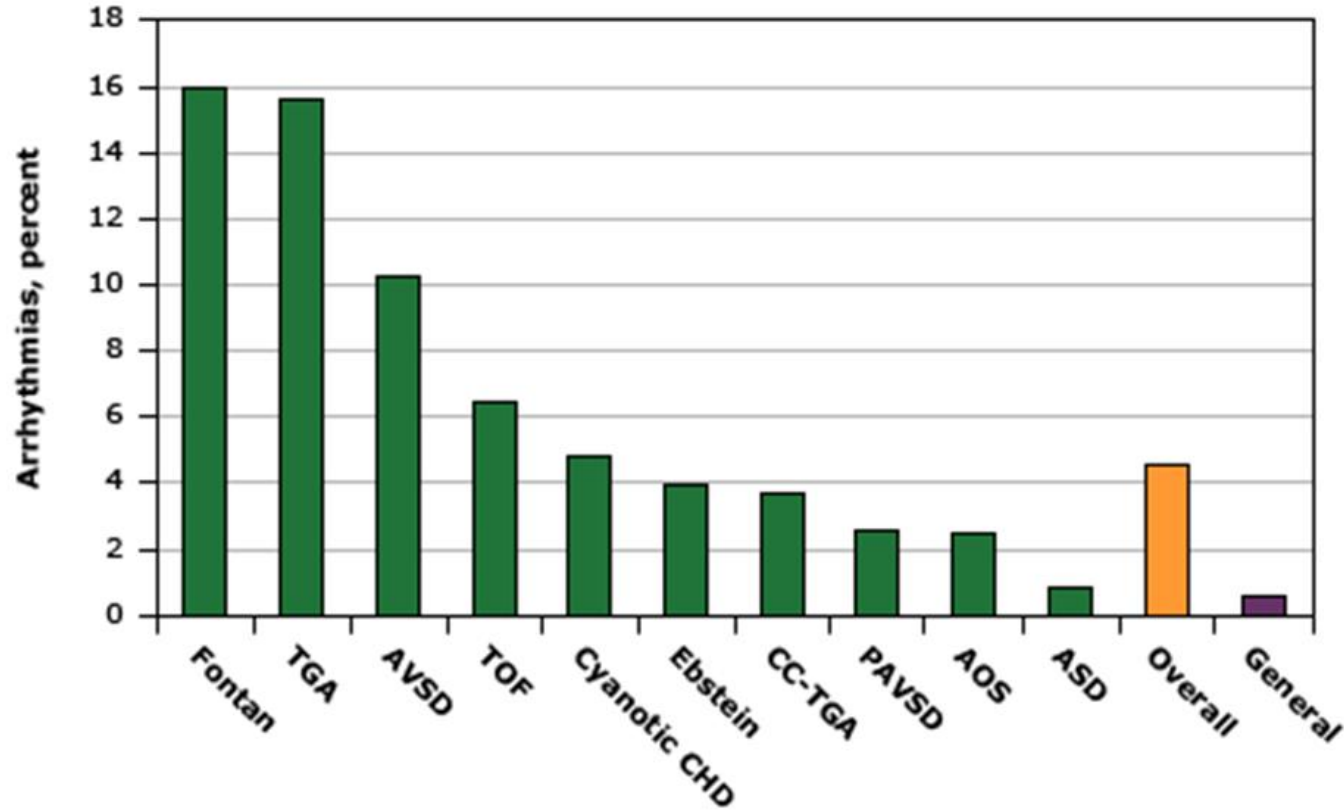
- Rối loạn nhịp không thường gặp ở phụ nữ có thai với tỷ lệ thấp 166/100.000 phụ nữ nhập viện ($\approx 0,17\%$)
- Tuy nhiên nó lại là vấn đề tim mạch thường gặp nhất ở phụ nữ có thai.
- Theo nghiên cứu hồi cứu Canadian (CAPRES II) ở các bệnh nhân có bệnh tim mạch với khoảng 1938 bệnh nhân thì rối loạn nhịp tim là thường gặp nhất 9,2%, Suy tim (6,3%), thường xảy ra ở 3 tháng giữa thai kỳ
- Các bệnh nhân có bệnh tim cấu trúc có tỷ lệ rối loạn nhịp cao hơn đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có bệnh tim bẩm sinh (2637/100.000 so với 210/100.000)

1. Silversides CK, Grewal J, Mason J, et al. Pregnancy outcomes in women with heart disease: the CARPREG II study. *J Am Coll Cardiol.* 2018;71(21):2419–2430.

2. Opatowsky AR, Siddiqi OK, D'Souza B, et al. Maternal cardiovascular events during childbirth among women with congenital heart disease. *Heart.* 2012;98(2):145–151

Đại cương

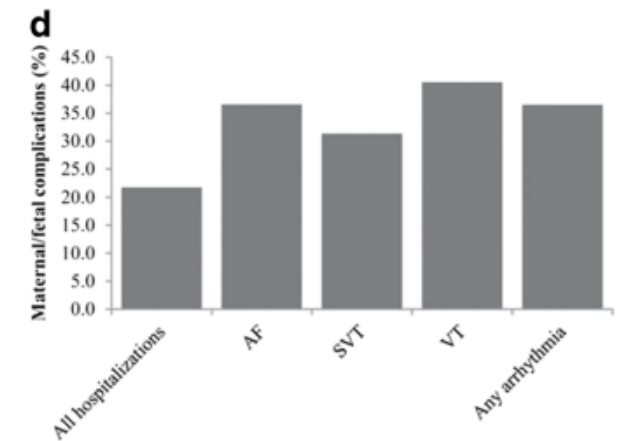
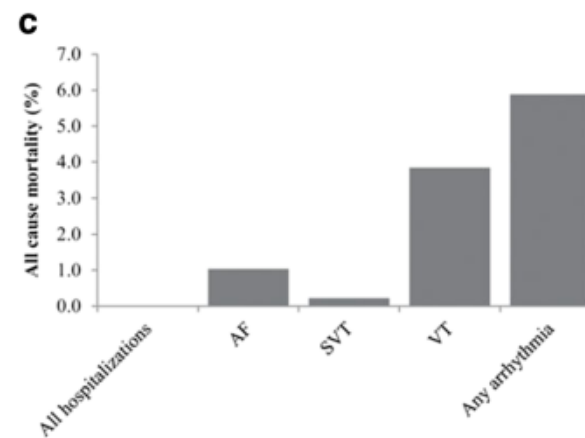
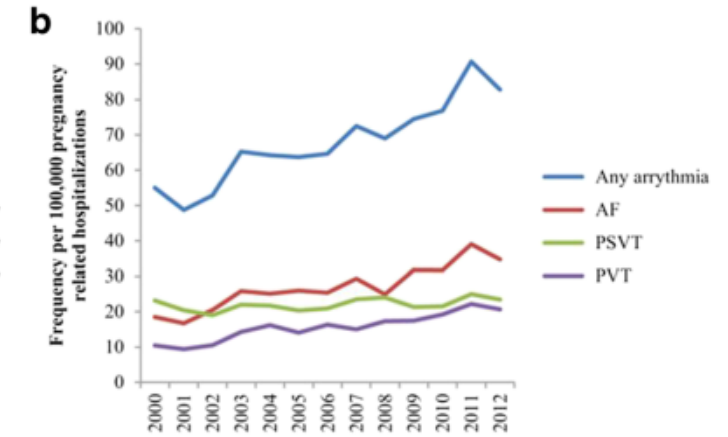
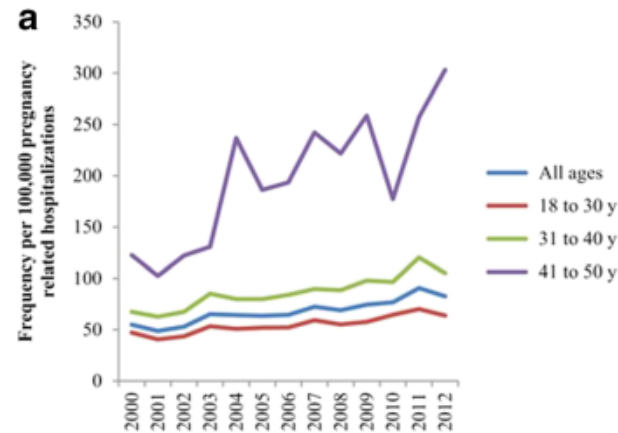
Prevalence of arrhythmias during pregnancy in women with congenital heart disease



Data from: Drenthen W, Pieper PG, Roos-Hesselink JW, et al. Outcome of pregnancy in women with congenital heart disease: a literature review. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49:2303.

Đại cương

- Tỷ lệ nhập viện tăng đến 58%
- Rung nhĩ là rối loạn nhịp thường gặp nhất
- Tăng biến cố ở cả mẹ và thai như chậm phát triển, tang tỷ lệ đẻ non, phải mổ lấy thai và các dị dạng khác



Cơ chế rối loạn nhịp ở phụ nữ có thai

- Cơ chế chính xác chưa rõ ràng nhưng có thể liên quan đến các thay đổi huyết động, nội tiết tố và yếu tố thần kinh tự chủ khi có thai
- Sự gia tăng thể tích lòng mạch, tăng kích thước tâm nhĩ, tâm thất → tăng sức căng cơ thất cơ nhĩ → ảnh hưởng đến hoạt động điện thế màng → thay đổi dẫn truyền, thay đổi thời kỳ trơ → gia tăng các RLNT
- Nồng độ catecholamine dường như không thay đổi nhưng có sự gia tăng đáp ứng adrenergic trong thai kỳ
- Estrogen được chứng minh làm tăng số lượng các thụ thể alpha – adrenergic của tim → tăng các rối loạn nhịp liên quan đến cơ chế tự động hoặc trigger

Các yếu tố nguy cơ rối loạn nhịp tim

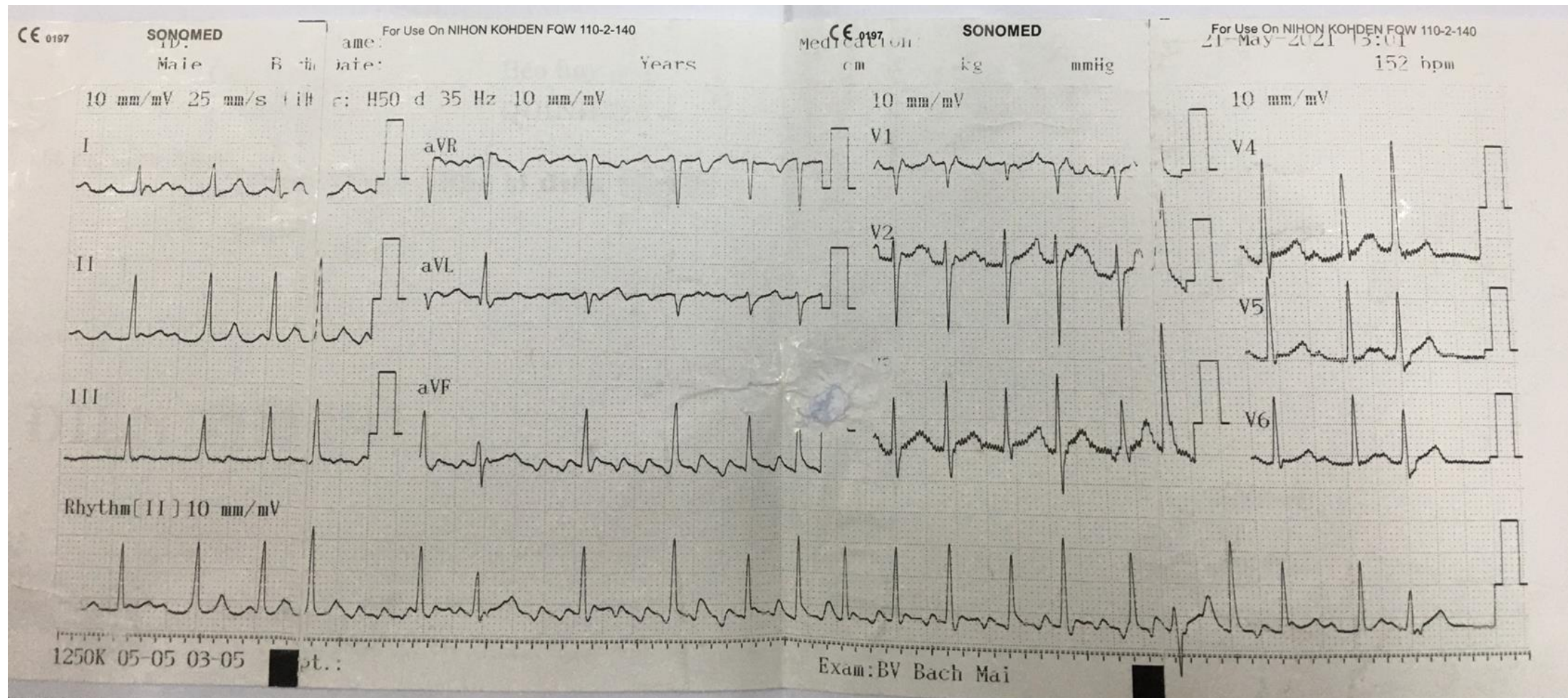
- **Tiền sử rối loạn nhịp:** là yếu tố nguy cơ chính. Tỷ lệ tái phát rung/cuồng nhĩ (52%), SVT (50%) và rối loạn nhịp thất thấp hơn (27%)
- **Bệnh tim cấu trúc:** bệnh tim bẩm sinh hoặc bệnh tim mắc phải
- **Bệnh kênh ion di truyền:** hội chứng LQTS, hội chứng brugada, CPVT trong đó các bệnh nhân bị hội chứng QT dài giảm các biến cố tim mạch như ngất, đột tử trong thai kỳ.

Đánh giá bệnh nhân rối loạn nhịp tim

Đánh giá tương tự như bệnh nhân không có thai:

- Khai thác kỹ tiền sử, bệnh sử và thăm khám lâm sàng
- Điện tâm đồ
- Xét nghiệm sinh hóa: công thức máu, bilan tuyến giáp, Kali, Magie
- Ghi theo dõi điện tâm đồ ở một số bệnh nhân lựa chọn
- Siêu âm tim
- Một số thăm dò chuyên sâu khác: Test gắng sức, nghiệm pháp bàn nghiêng, thăm dò điện sinh lý tim...

Điện tâm đồ bệnh nhân cường nhĩ



Đánh giá bệnh nhân rối loạn nhịp tim

Table 8 Choice of ambulatory electrocardiographic monitoring depending on symptom frequency

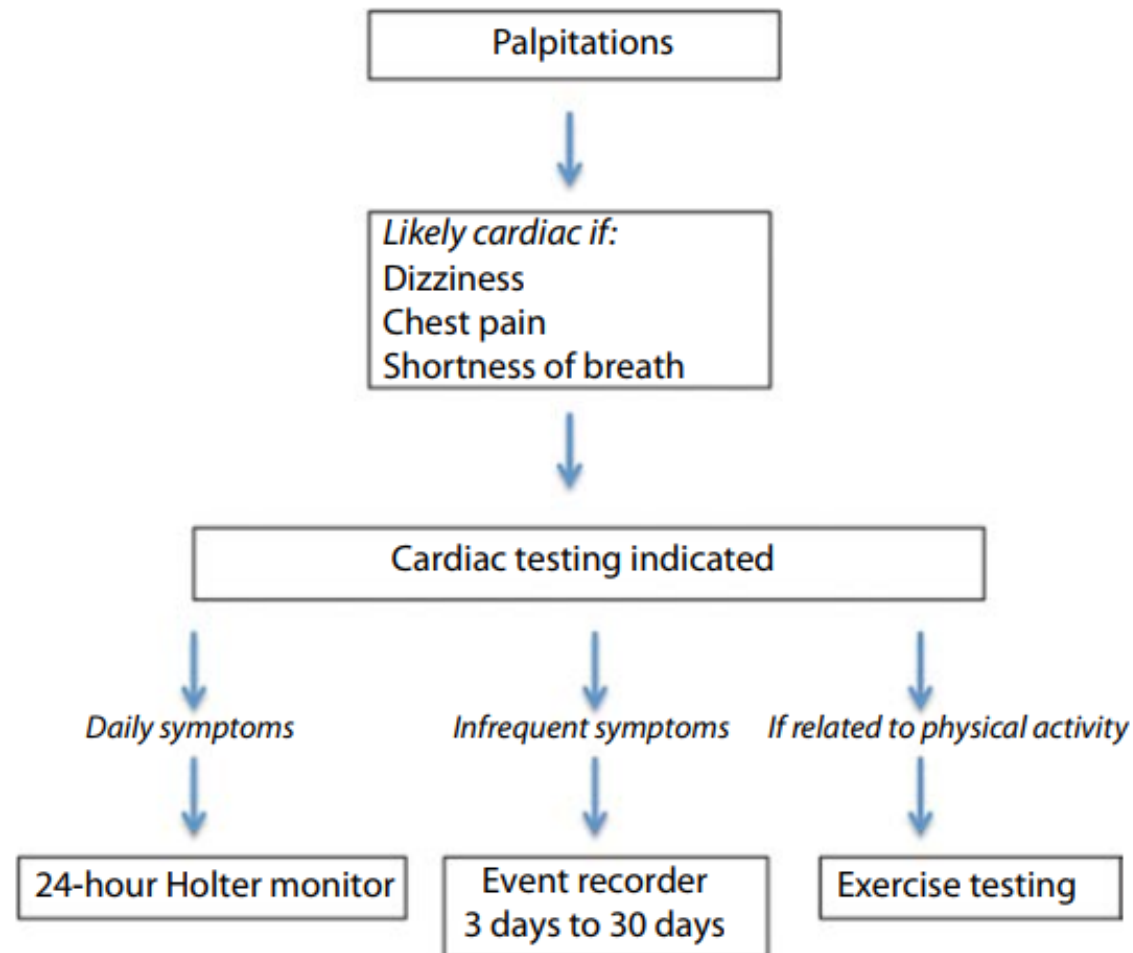
Frequency of symptom	
Daily	24-h Holter ECG or in-hospital telemetric monitoring
Every 48–72 h	24–48–72 h Holter ECG
Every week	7-day Holter ECG/external loop recorder/external patch recorder
Every month	External loop recorder/external patch recorder/handheld ECG recorder
<1 per month	ILR

© ESC 2021

ECG = electrocardiogram; ILR = implantable loop recorder.

Adapted from Brignole et al.³³

Tiếp cận bệnh nhân có hồi hộp trống ngực



Các rối loạn nhịp thường gặp ở phụ nữ có thai

- ***Ngoại tâm thu: nhĩ, thất***
- ***Rung nhĩ, cuồng nhĩ***
- ***Nhịp nhanh kịch phát trên thất (PSVT)***
- ***Nhịp nhanh nhĩ***
- ***Nhịp nhanh thất***
- ***Nhịp chậm***

Ngoại tâm thu nhĩ và ngoại tâm thu thất

- Khá thường gặp ở phụ nữ có thai và tiên lượng lành tính
- Ngoại tâm thu nhĩ thường gặp ở 59% bệnh nhân có triệu chứng và 50% bệnh nhân không có triệu chứng.
- Ít khi phải đòi hỏi điều trị và thường hết sau sinh
- PVC > 5%, thường tăng các biến cố tim mạch (không tử vong) ở mẹ và cân nặng thấp ở con
- Với PVC cao hơn > 10-20% có thể gây bệnh cơ tim.

Rung nhĩ và cuồng nhĩ

- Là nguyên nhân hàng đầu khiến bệnh nhân phải nhập viện.
- Các yếu tố nguy cơ: tuổi cao, tăng huyết áp, béo phì, đái tháo đường, hội chứng ngưng thở khi ngủ, có bệnh tim bẩm sinh, van tim...
- Thường xảy ra ở bệnh nhân có bệnh tim cấu trúc như bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh tim hậu thấp, bệnh tim chu sản, bệnh tim bẩm sinh...Tuy nhiên có thể gặp rung nhĩ đơn độc.
- Rối loạn điện giải, cường giáp, nhiễm trùng nặng có thể là nguyên nhân gây rung, cuồng nhĩ.
- Rung nhĩ ở các bệnh nhân có bệnh tim cấu trúc làm gia tăng nguy cơ tử vong cho mẹ và chậm phát triển trong tử cung của thai.

Nhịp nhanh kịch phát trên thất (PSVT)

- Cơn AVNRT thường gặp nhất
- Trong 1 nghiên cứu tỷ lệ PSVT là 22-24/100000 phụ nữ có thai nhập viện.
- Mối liên hệ giữa PSVT và thai nghén
 - Thai kỳ không làm tăng khởi phát lần đầu cơn PSVT thậm chí còn giảm khởi phát AVNRT
 - Tăng tỷ lệ tái phát PSVT : 85% BN tái phát, các triệu chứng có xu hướng nặng hơn
- 1 Nghiên cứu hồi cứu ở Đài Loan từ năm 2001 -2012 cho thấy PSVT làm tăng nguy cơ biến cố nặng ở mẹ, tăng lý lẽ phải mổ lấy thai ở con, dọa đẻ non, trẻ nhẹ cân và các dị dạng thai nhi khác

Nhịp nhanh nhĩ ổ (Focal atrial tachycardia)

- Thường khá hiếm gặp ở phụ nữ có thai
- Hầu hết các báo cáo cho thấy AT hay gặp ở phụ nữ có thai không có bệnh tim cấu trúc
- Nhanh nhĩ sẽ giảm dần và chấm dứt sau sinh → Thai nghén có thể là yếu tố góp phần khởi phát và duy trì cơn nhanh nhĩ.

Nhịp nhanh thất

- ❖ Khá hiếm gặp trong thai kỳ
- ❖ Có thể gặp ở bệnh nhân không có bệnh tim cấu trúc nhưng thường liên quan đến bệnh tim cấu trúc
- ❖ Nguy cơ tái phát khoảng 27% ở người có bệnh tim cấu trúc và tiền sử VT
- ❖ Các bệnh tim cấu trúc liên quan đến VT
 - Bệnh cơ tim phì đại
 - Bệnh cơ tim chu sản
 - Bệnh cơ tim thất phải sinh loạn nhịp
 - Bệnh tim bẩm sinh
 - Bệnh lý van tim
 - Các bệnh lý kênh ion di truyền: Hội chứng brugada, hội chứng QT kéo dài, nhanh thất đa hình thái liên quan đến catecholamin.
 - Nhồi máu cơ tim, viêm cơ tim cũng có thể gặp và liên quan đến tim nhanh thất, rung thất
 - Ngoài ra một số bệnh lý khác như hạ magie máu, cơn tăng huyết áp, nhiễm độc giáp trạng có thể liên quan đến nhanh thất.

Block nhĩ thất cấp 3

- Có thể là bẩm sinh hoặc mắc phải
- Tỷ lệ BAV3 khởi phát mới khi có thai không rõ, nhưng cực kỳ hiếm
- Sự phát triển BAV3 thường liên quan đến tiền sử PT tim, bệnh tim bẩm sinh, nhồi máu cơ tim, bệnh cơ tim, ngộ độc thuốc, rối loạn chuyển hóa, lupus
- BAV3 bẩm sinh thường liên quan đến lupus sơ sinh khi còn nhỏ.
- Triệu chứng lâm sàng: Nếu có thường xuất hiện các triệu chứng của nhịp chậm như ngất, tiền ngất, mệt mỏi → thường xuất hiện khi bé và được cấy máy trước khi có thai
- Nhiều bệnh nhân nhịp thoát ổn định, QRS thanh mảnh sẽ không có triệu chứng → thường phát hiện tình cờ khi đi khám thai, phát hiện lúc chuyển dạ

ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NHỊP TIM

Các khó khăn gặp phải

- Tỷ lệ tử vong/ bệnh tật gia tăng cho cả mẹ và thai nhi
- Các thuốc điều trị rối loạn nhịp thường có ít nhiều tác dụng phụ trên thai.
- Các phương pháp điều trị hiện nay còn thiếu các thử nghiệm ngẫu nhiên chủ yếu dựa trên các dữ liệu còn hạn chế từ các nghiên cứu trên động vật, các case report, các nghiên cứu quan sát và kinh nghiệm lâm sàng
- Tâm lý của bà mẹ thường bất ổn: lo lắng cho con

Chiến lược điều trị chung

- Nhìn chung giống như bệnh nhân không có thai
- Hạn chế tối đa dùng thuốc nếu có thể.
- Cần có sự phối hợp chặt chẽ với các bác sỹ sản khoa và đôi khi là bác sỹ tâm lý trong quá trình theo dõi và điều trị
- Khi chuyển dạ cần có sự phối hợp chặt chẽ với bác sỹ sản, gây mê và hệ thống theo dõi sát.

Phân tầng nguy cơ bệnh nhân khi chuyển dạ

Risk for arrhythmia with haemodynamic compromise at delivery		Level of surveillance ^a	Class ^b	Level ^c
Low-risk	PSVT, AF, idiopathic VT, low-risk LQTS, WPW syndrome	1	I	C
Medium-risk	Unstable SVT, VT, those with an implanted ICD, VT and structural heart disease, Brugada syndrome; moderate risk: LQTS, catecholaminergic polymorphic VT	2	I	C
High-risk for life threatening arrhythmia	Unstable VT in structural heart disease/congenital heart disease, unstable VT/TdP in high-risk LQTS patients, short QT syndrome, high-risk catecholaminergic polymorphic VT	3	I	C

Khuyến cáo giám sát/ theo dõi khi chuyển dạ

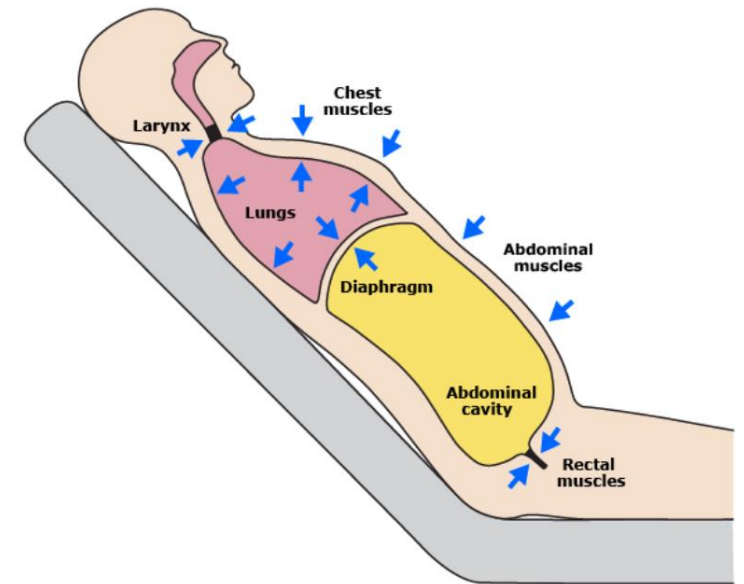
Các hoạt động cần lập kế hoạch	Mức độ giám sát		
	Thấp 1	Vừa 2	Cao 3
Hội chẩn với bác sỹ tim mạch	x		
Hội chẩn đa ngành trong đó có bác sỹ rối loạn nhịp tim		x	x
Chọn cách chuyển dạ và địa điểm chuyển dạ theo ý kiến bác sỹ sản	x	x	
Nên sinh mổ			x
Monitor theo dõi nhịp tim		(x)	x
Đường truyền tĩnh mạch		x	x
Artline động mạch			x
Chuẩn bị adenosin tiêm tĩnh mạch		x	
Chuẩn bị chẹn beta tiêm tĩnh mạch		x	x
Chuẩn bị các thuốc chống loạn nhịp khác đường tĩnh mạch			x
Máy khử rung tim ngoài		x	x
Chuyển dạ tại trung tâm phẫu thuật lồng ngực			x
Chuẩn bị chuyển đến đơn vị HS tim mạch sau đẻ nếu cần			x

Các phương pháp điều trị

- Các phương pháp không thuốc
- Điều trị thuốc chống loạn nhịp
- Các phương pháp can thiệp : Triệt đốt, sốc điện chuyển nhịp và cấy máy (ICD, pacemaker)

Nghiệm pháp cường phế vị

- Mục đích là thông qua tác động vào dây thần kinh phế vị nhằm tác động đến nút nhĩ thất → chấm dứt các cơn nhịp nhanh có cơ chế vào lại liên quan đến nút nhĩ thất như AVNRT hoặc AVRT. Hoặc dùng để chẩn đoán.
- Bao gồm
 - ❖ Nghiệm pháp Valsava và Valsava sửa đổi
 - ❖ Nghiệm pháp xoa xoang cảnh
 - ❖ Nghiệm pháp lặn (úp mặt vào chậu nước lạnh)
 - ❖ Ấn nhãn cầu
 -



Nghiệm pháp cường phế vị

- Nhìn chung là an toàn ở phụ nữ có thai, và là nghiệm pháp đầu tay khi điều trị cơn AVNRT hoặc AVRT có huyết động ổn định
- Với phụ nữ có tuần thai thấp → có thể thực hiện nghiệm pháp Valsava do tỷ lệ thành công cao
- Tuần thai lớn hơn → nên hạn chế, thực hiện các nghiệm pháp khác như xoa xoang cảnh, nghiệm pháp lặn...
- Ân nhãn cầu thực tế khá hiệu quả nhưng không khuyến khích sử dụng do khá thô bạo và nguy cơ tiềm ẩn các biến chứng đến tổn thương nhãn cầu

Điều trị bằng thuốc chống loạn nhịp

An toàn cho thai nhi

- Trong 3 tháng đầu (tuần 5-10, thai nhi hình thành cơ quan) → cần chú ý đến hiện tượng gây quái thai
- Trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối, khi dùng cần chú ý đến sự tăng trưởng và phát triển của thai nhi, tác dụng phụ trên trẻ sơ sinh, nguy cơ rối loạn nhịp và trên sự co bóp cơ tử cung
- Hiện còn thiếu các thử nghiệm ngẫu nhiên đủ lớn để đưa ra chỉ định sử dụng các thuốc
- Có thể tham khảo thông tin sử dụng thuốc của FDA (Cơ quan quản lý thuốc và thực phẩm Hoa Kỳ) hoặc tham khảo các trang web sau
- www.perinatology.com/exposures/druglist.htm
- <http://depts.washington.edu/terisweb/teris/>
- www.reprotox.org/

Phân loại an toàn thuốc theo FDA

Phân loại	Mô tả
A	Không có nguy cơ với thai dựa trên các nghiên cứu có kiểm chứng ở người
B	Không có nguy cơ với thai trên các nghiên cứu ở động vật
C	Có tác dụng phụ với thai ở các nghiên cứu trên động vật, chưa có nghiên cứu trên người, có thể dùng thuốc nếu lợi ích cao hơn nguy cơ
D	Được chứng minh có nguy cơ với thai người, chỉ sử dụng nếu lợi ích cao hơn nguy cơ
X	Được chứng minh nguy cơ cao bất thường ở thai nhi

Các thuốc chống loạn nhịp thường dùng

- Các thuốc chẹn beta ưu tiên metoprolol trừ atenolol
- Các thuốc chẹn kênh canxi nhóm Non-DHP: Verapamil, Diltiazem
- Adenosin
- Digoxin
- Các thuốc nhóm I như Lidocain, Flecainide
- Sotalol
- **Amiodarone không nên sử dụng**

Table 3. Antiarrhythmic drugs: FDA classification and adverse effects in pregnancy and lactation

Drug	FDA category*	Placenta permeable	Transfer to breast milk	Adverse effects
Adenosine	C	No	No	No fetal adverse effects reported
Amiodarone	D	Yes	Yes	Thyroid insufficiency (9%), hyperthyroidism, goiter, bradycardia, growth retardation, premature birth.
Atenolol	D	Yes	Yes	Hypospadias (first trimester); birth defects, low birth weight, bradycardia and hypoglycaemia in fetus (second and third trimester).
Bisoprolol	C	Yes	Yes	Bradycardia and hypoglycaemia in fetus.
Digoxin	C	Yes	Yes	Serum levels unreliable, safe
Disopyramide	C	Yes	Yes	Uterine contraction
Diltiazem	C	No	yes	Possible teratogenic effects
Flecainide	C	Yes	Yes	Unknown
Labetolol	C	Yes	Yes	Intrauterine growth retardation (second and third trimester), neonatal bradycardia and hypotension (used near term)
Lidocaine	C	Yes	Yes	Fetal bradycardia, acidosis, central nervous system toxicity
Metoprolol	C	Yes	Yes	Bradycardia and hypoglycaemia in fetus
Mexilitine	C	Yes	Yes	Fetal bradycardia.
Procainamide	C	Yes	Yes	Unknown
Propafenone	C	Yes	Unknown	Unknown
Propranolol	C	Yes	Yes	Bradycardia and hypoglycaemia in fetus
Quinidine	C	Yes	Yes	Thrombopenia, premature birth, VIII th nerve toxicity.
Sotalol	B	Yes	Yes	Bradycardia and hypoglycaemia in fetus (limited experience).
Verapamil oral	C	Yes	Yes	Well tolerated (limited experience during pregnancy)
Verapamil IV	C	Yes	Yes	Intravenously use is may be associated with a greater risk of hypotension and subsequent fetal hypoperfusion.
Vernakalant	-	Unknown	Unknown	Unknown

Thay đổi dược động học của thuốc

Các thay đổi sinh lý khi có thai

- Tăng thể tích dịch nội mạch
 - Thay đổi hấp thu thuốc qua đường tiêu hóa do thay đổi tiết dịch vị và thay đổi nhu động ruột
 - Tăng lượng máu qua thận và tăng chuyển hóa thuốc ở gan do tăng progesterone
 - Giảm protein huyết thanh → giảm nồng độ thuốc
- Làm thay đổi hấp thu, bài tiết, chuyển hóa và nồng độ thuốc trong huyết tương
- Cá thể hóa liều lượng thuốc thông qua theo dõi đáp ứng lâm sàng

Sốc điện chuyển nhịp (Electrical cardioversion)

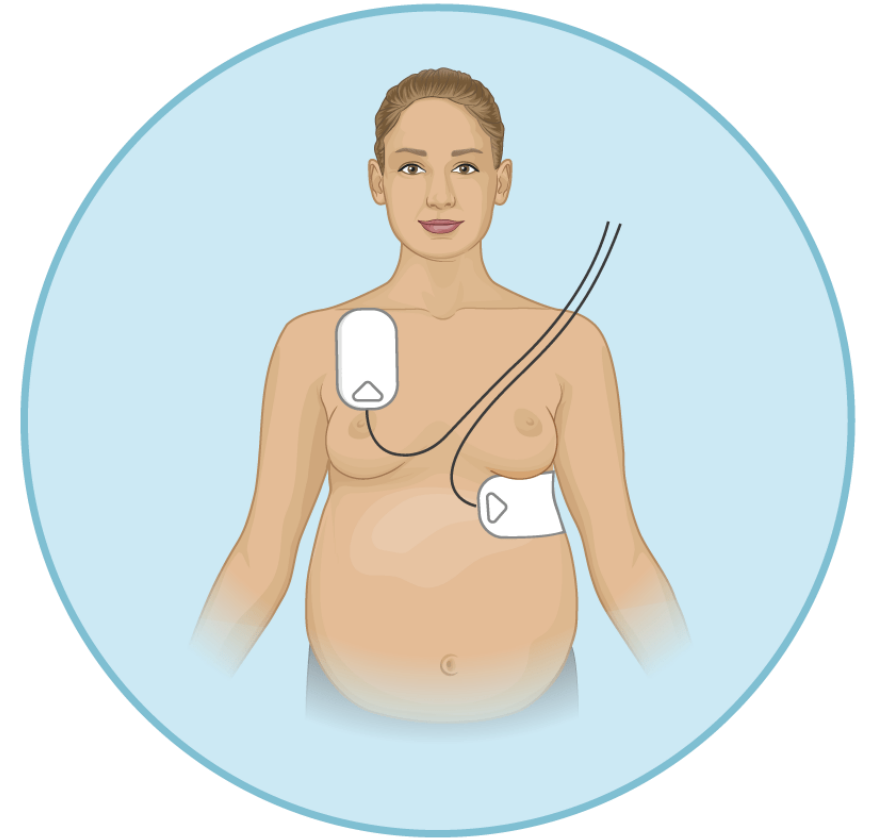
- Được chỉ định cho các rối loạn nhịp nhanh gây rối loạn huyết động hoặc thất bại với điều trị thuốc

Rối loạn huyết động ?

- Khá an toàn và có thể thực hiện ở tất cả các tuổi thai
 - ❖ Không làm ảnh hưởng đến lưu lượng máu ở thai
 - ❖ Tỷ lệ gây rối loạn nhịp ở thai rất ít do ngưỡng khử rung cao và năng lượng đến thai rất nhỏ
- Ở bệnh nhân 3 tháng cuối, ưa thích việc thực hiện dưới gây mê để kiểm soát đường thở tốt hơn

Sốc điện chuyển nhịp (Electrical cardioversion)

- **Vị trí đặt miếng patch**
- **Năng lượng khử rung:** Sốc 2 pha và năng lượng phụ thuộc vào từng loại rối loạn nhịp
 - Rung nhĩ 120-200J
 - Cuồng nhĩ 50-100J
 - Nhanh thất có mạch 100J
 - Nhanh thất vô mạch/rung thất 200- 360J
- **Theo dõi** sát nhịp tim mẹ sau sốc điện và nhịp tim thai trước và sau sốc điện



Triệt đốt rối loạn nhịp bằng sóng cao tần (Radiofrequency catheter ablation)

- Nên tránh thực hiện khi có thai, và cố gắng trì hoãn đến sau sinh vì nguy cơ phơi nhiễm cho thai
- Chỉ định khi thực sự cần thiết: rối loạn nhịp trợ với sốc điện/ thuốc hoặc muốn tránh tác dụng phụ của thuốc
- Nên thực hiện từ 3 tháng giữa và che chắn cho thai.
- Có thể triệt đốt cơn AVNRT, AVRT, nhanh nhĩ ổ, Cuồng nhĩ, nhanh thất đường ra thất phải. Kinh nghiệm chủ yếu là cơn SVT như AVNRT và AVRT
- Tỷ lệ dị dạng ở thai, chậm tăng trưởng và nạo phá thai không tăng lên với liều chiếu < 50 mGy (5 rads)
- Có thể xem xét triệt đốt dưới hướng dẫn của siêu âm tim hoặc lập bản đồ điện học trong tim

Cấy máy phá rung tự động (ICD)

- Chỉ định dựa vào bệnh lý nền
- Kinh nghiệm còn nhiều hạn chế
- Nên thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm nếu thai < 8 tuần
- Một số bệnh nhân có thể sử dụng áo khử rung W-ICD

Long-term management (oral administration of drugs) of ventricular tachyarrhythmias		
ICD (preferably one chamber) is recommended prior to pregnancy if clinically indicated. If indication emerges during pregnancy, ICD implantation is recommended using echocardiographic guidance or mapping, especially if the foetus is beyond 8 weeks of gestation. ^{72,330,340}	I	C
Beta-blocking agents are recommended during pregnancy and post-partum in patients with long QT syndrome or catecholaminergic polymorphic VT. ^{72,323}	I	C
Beta-blocking agents or verapamil ^{d,e} are recommended for the prevention of idiopathic sustained VT if associated with severe symptoms or haemodynamic compromise. ^{72,331}	I	C
In idiopathic sustained VT, sotalol ^f or flecainide ^e should be considered for prevention if other drugs fail. ⁷²	IIa	C
Catheter ablation with electroanatomical mapping systems may be considered in experienced centres in sustained drug-refractory and poorly tolerated VT if there are no other alternatives. ^{15–17}	IIb	C

© ESC 2019

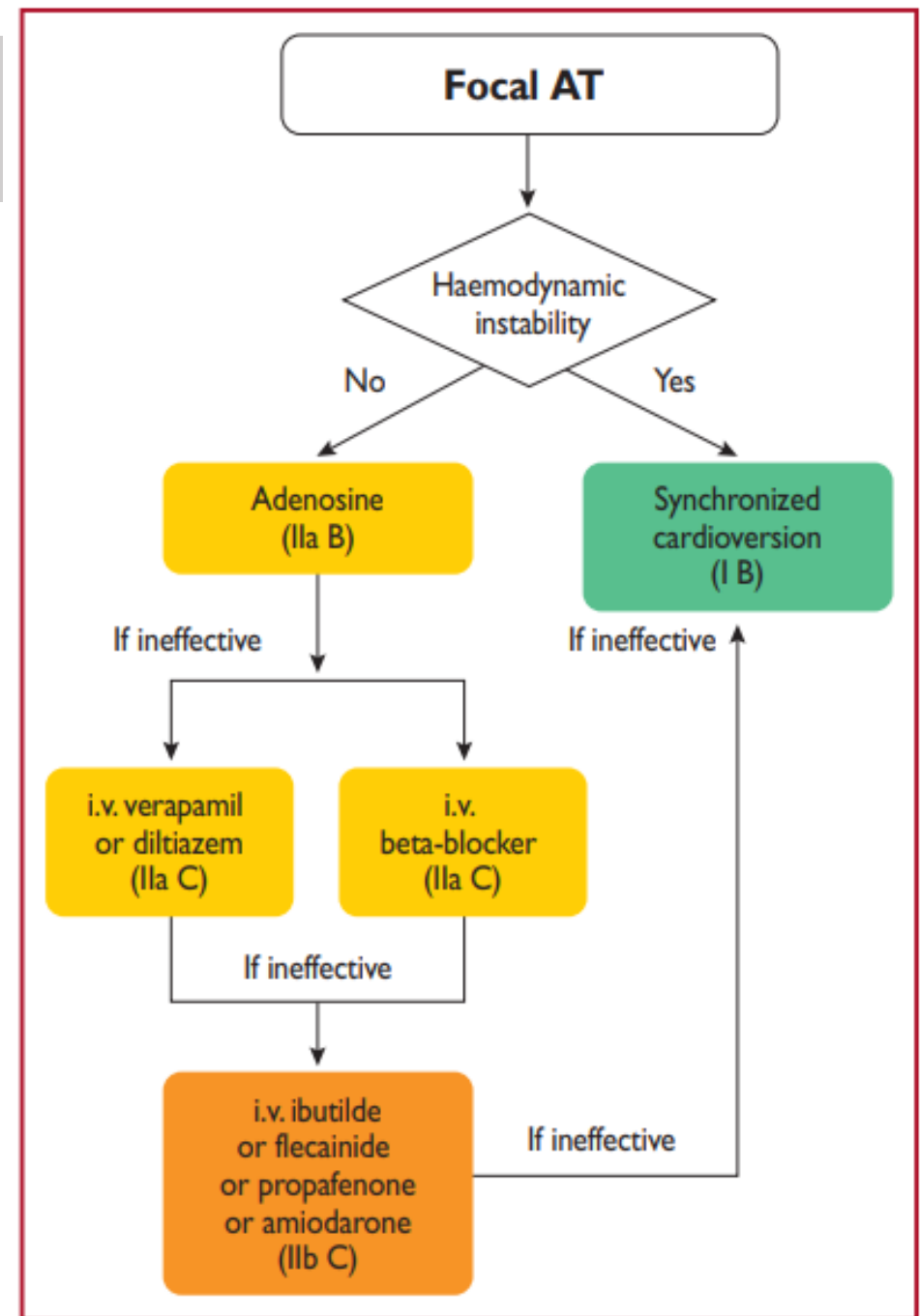
ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ RỐI LOẠN NHỊP THƯỜNG GẶP

Ngoại tâm thu nhĩ và thất

- Thường không cần điều trị nếu không có triệu chứng hoặc triệu chứng ít
- Xem xét bù điện giải: Kali, Magie
- Hạn chế rượu, bỏ thuốc lá, cafein và các chất kích thích. **Cafein ?**
- Nếu có nhiều triệu chứng có thể sử dụng chẹn beta giao cảm hoặc chẹn kênh calci nhóm Non –DHP
- Với NTT thất không triệu chứng nhưng tỷ lệ > 10-20% có nguy cơ mắc bệnh cơ tim do rối loạn nhịp → chỉ nên xem xét điều trị nếu có rối loạn chức năng thất trái

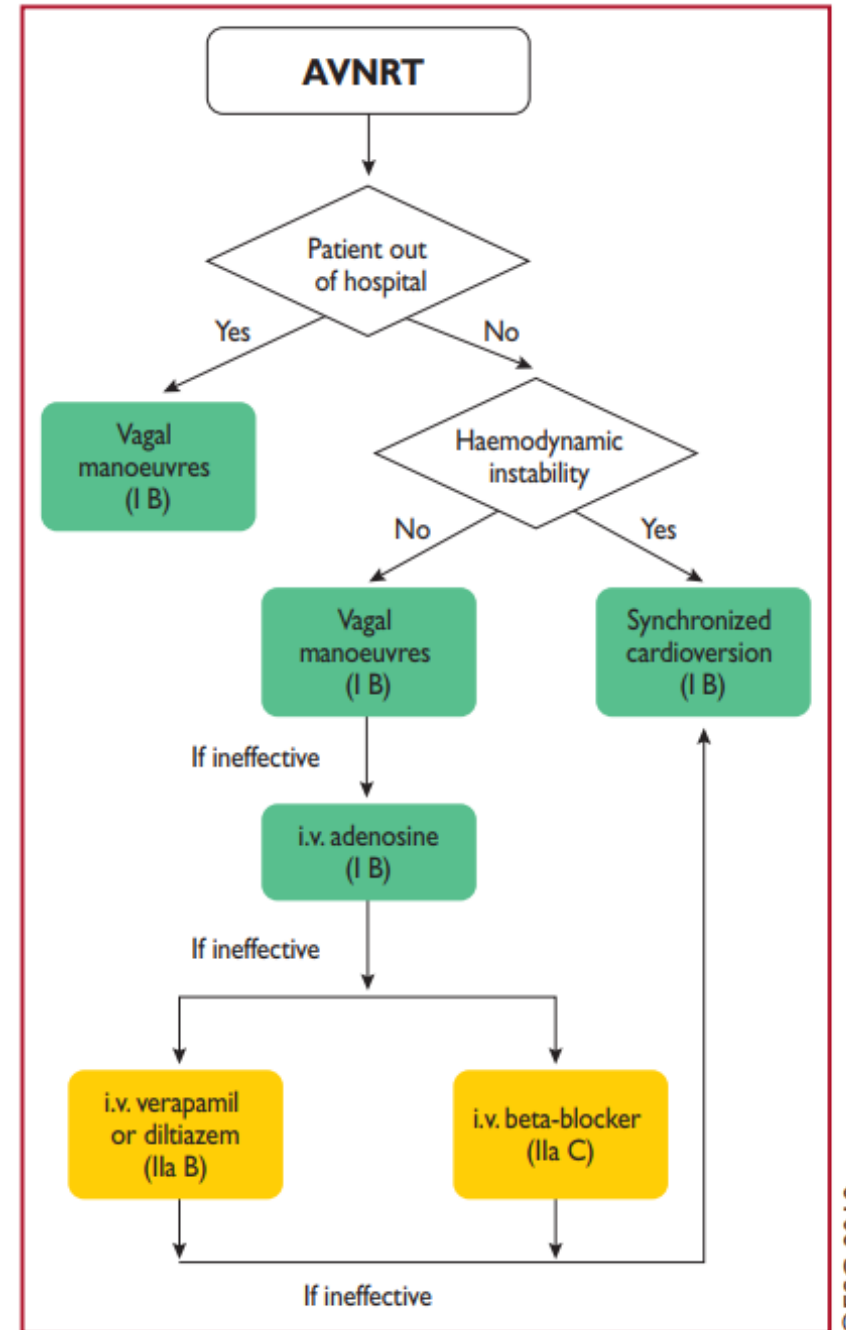
Cơn tim nhanh nhĩ

- Thường dung nạp tốt
- Mục tiêu là kiểm soát tần số với các thuốc chặn nút AV
- Các thuốc có thể sử dụng
 - ❖ Chẹn beta, chẹn calci, Digoxin, adenosin
 - ❖ Flecainide, propafenone nếu thất bại
- Sốc điện ít hiệu quả
- Triệt đứt với các trường hợp trợ với thuốc/sốc điện



Cơ nhịp nhanh kịch phát trên thất Điều trị cấp

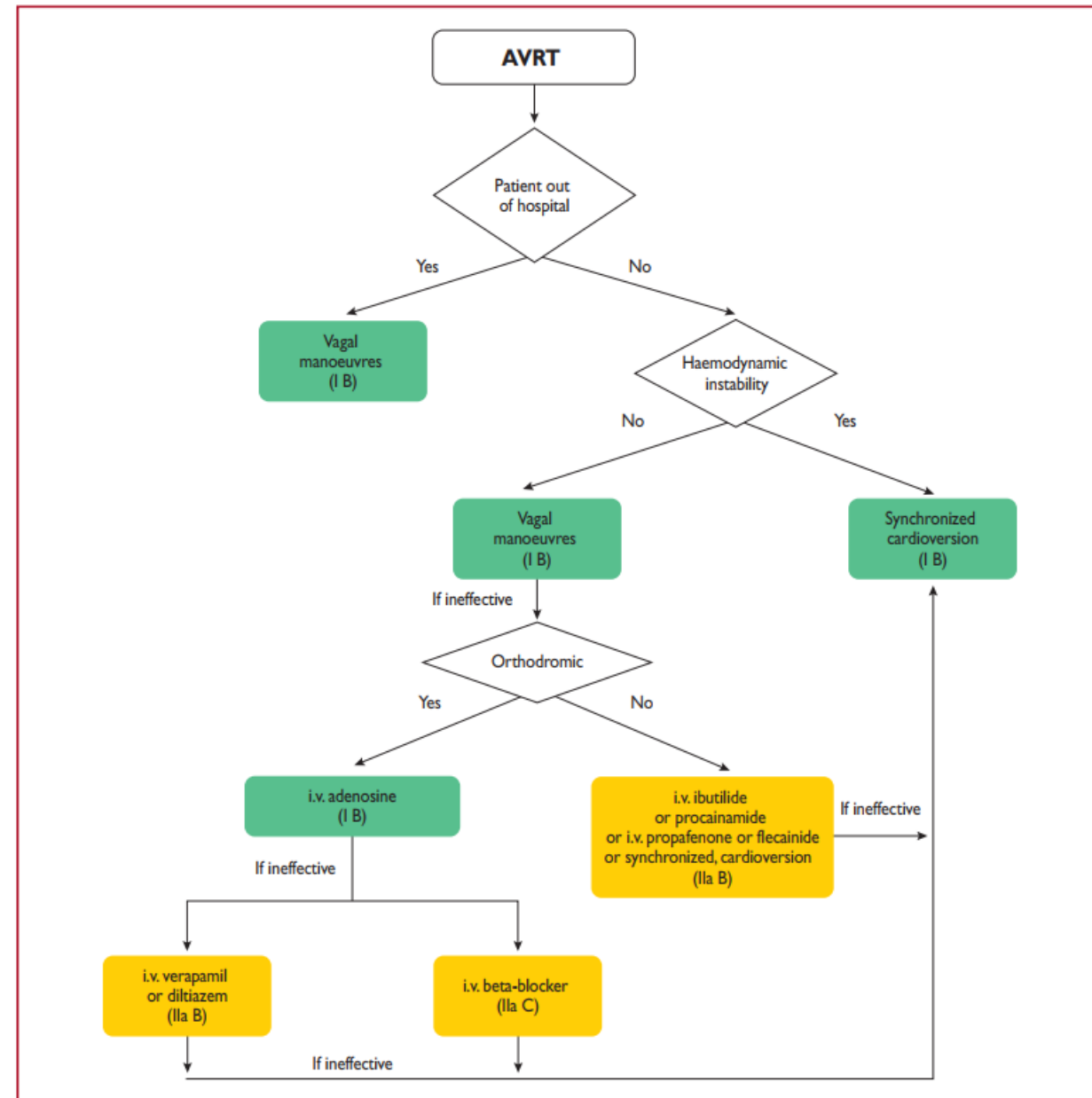
- Huyết động không ổn định → sốc điện ngay
- Huyết động ổn định: Cắt cơ bằng cách chẹn nút AV
 - ❖ Nghiệm pháp cường phế vị
 - ❖ Adenosin: hiệu quả cao (90%)
 - ❖ Thuốc chẹn beta giao cảm, chẹn kênh calci, digoxin
- Triệt đốt nếu thất bại với thuốc



Cơ nhịp nhanh kịch phát trên thất

Điều trị cấp

- Huyết động không ổn định → sốc điện ngay
- Huyết động ổn định: Cắt cơn bằng cách chẹn nút AV
 - ❖ Nghiệm pháp cường phế vị
 - ❖ Adenosin: hiệu quả cao (90%)
 - ❖ Thuốc chẹn beta giao cảm, chẹn kênh calci, digoxin
- **Nếu là cơ Antidromic → dùng Ibutilide, flecainide, sốc điện ...**



Cơ nhịp nhanh kịch phát trên thất

Điều trị dự phòng

❖ Không có biểu hiện WPW

- Chọn beta giao cảm trừ atenolol, chọn kênh calci
- Flecainie, sotalol, propafenone có thể dùng cho bệnh nhân không có bệnh tim cấu trúc.

❖ Có WPW

Flecainide, propafenone được lựa chọn để phòng

- ❖ Nên tiến hành triệt đốt đường chậm hoặc đường phụ trước khi có thai
- ❖ Với bệnh nhân WPW chưa có triệu chứng → phân tầng nguy cơ và xét điều trị RF trước khi có thai.

Tóm tắt điều trị cơn SVT theo ESC 2019

Recommendation	Class ^a	Level ^b
Catheter ablation is recommended in symptomatic women with recurrent SVT who plan to become pregnant. ⁵³⁸	I	C
Acute therapy		
Immediate electrical cardioversion is recommended for any tachycardia with haemodynamic instability. ^{539,540}	I	C
Vagal manoeuvres and, if these fail, adenosine are recommended for acute conversion of SVT. ^{541,542}	I	C
An i.v. beta-1 selective blocker (except atenolol) should be considered for acute conversion or rate control of SVT. ^{542,543}	IIa	C
i.v. digoxin in the latest pocket GIs version should be considered for rate control of AT if beta-blockers fail. ^{542,543}	IIa	C
i.v. ibutilide in the latest pocket GIs version may be considered for termination of atrial flutter. ^{544,545}	IIb	C
Chronic therapy		
During the first trimester of pregnancy, it is recommended that all antiarrhythmic drugs should be avoided, if possible.	I	C
Beta-1 selective (except atenolol) beta-blockers or verapamil, in order of preference, should be considered for prevention of SVT in patients without WPW syndrome. ^{543,546–548}	IIa	C
Flecainide or propafenone should be considered for prevention of SVT in patients with WPW syndrome, and without ischaemic or structural heart disease. ⁵⁴⁹	IIa	C
Flecainide or propafenone in patients without structural heart disease should be considered if AV nodal blocking agents fail to prevent SVT. ^{533,543}	IIa	C
Digoxin or verapamil should be considered for rate control of AT if beta-blockers fail in patients without WPW syndrome. ⁵⁴³	IIa	C
Amiodarone is not recommended in pregnant women. ^{153,543}	III	C
Fluoroleless catheter ablation should be considered in cases of drug-refractory or poorly tolerated SVT, in experienced centres. ^{550–552}	IIa	C

© ESC 2019

i.v. ibutilide is contraindicated in patients with prolonged QTc interval.

AT = atrial tachycardia; AV = atrioventricular; i.v. = intravenous; SVT = supraventricular tachycardia; WPW = Wolff–Parkinson–White.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence

Rung, cuồng nhĩ

❖ Chiến lược xử lý chung

- Có rối loạn huyết động không ?
- Có nguyên nhân gây nên rung, cuồng nhĩ không ? Cường giáp, RL ĐG, Nhiễm trùng nặng...
- Kiểm soát tần số tim ban đầu để giảm thiểu triệu chứng và tiến triển rối loạn huyết động
- Chọn kiểm soát nhịp/ kiểm soát tần số
- Chống đông
- Triệt đốt

Rung, cuồng nhĩ

- ❖ Kiểm soát tần số tim: Chẹn beta giao cảm, Digoxin, Verapamil
- ❖ Rung nhĩ – WPW → Sốc điện nếu huyết động không ổn định. Nếu huyết động ổn định có thể xem xét sốc điện hoặc dùng Flecainide, Procainamide
- ❖ Ưu thích chọn chiến lược kiểm soát nhịp hơn đặc biệt ở các bệnh nhân khởi phát mới, đơn độc hoặc thất bại với kiểm soát tần số kèm theo triệu chứng nhiều
- ❖ Vấn đề dùng chống đông dự phòng tắc mạch
 - Nếu CHA2DS2- VASc thấp, rung nhĩ đơn độc có thể không cần dùng chống đông, xem xét aspirin đơn trị.
 - Nếu CHA2DS2-VASc cao → dùng chống đông LMWH.
 - Warfarin tăng nguy cơ dị dạng và chảy máu cho thai
 - DOAC chưa có dữ liệu

TIM NHANH THẮT

Acute management (intravenous administration of drugs) of ventricular tachyarrhythmias		
Immediate electrical cardioversion is recommended for sustained both unstable and stable VT. ^{72,326,336–338}	I	C
For acute conversion of sustained, haemodynamically stable, monomorphic VT (e.g. idiopathic VT), a beta-blocker, sotalol, ^f flecainide, ^e procainamide, or overdrive ventricular pacing should be considered. ⁷²	IIa	C
Long-term management (oral administration of drugs) of ventricular tachyarrhythmias		
ICD (preferably one chamber) is recommended prior to pregnancy if clinically indicated. If indication emerges during pregnancy, ICD implantation is recommended using echocardiographic guidance or mapping, especially if the foetus is beyond 8 weeks of gestation. ^{72,330,340}	I	C
Beta-blocking agents are recommended during pregnancy and post-partum in patients with long QT syndrome or catecholaminergic polymorphic VT. ^{72,323}	I	C
Beta-blocking agents or verapamil ^{d,e} are recommended for the prevention of idiopathic sustained VT if associated with severe symptoms or haemodynamic compromise. ^{72,331}	I	C
In idiopathic sustained VT, sotalol ^f or flecainide ^e should be considered for prevention if other drugs fail. ⁷²	IIa	C
Catheter ablation with electroanatomical mapping systems may be considered in experienced centres in sustained drug-refractory and poorly tolerated VT if there are no other alternatives. ^{15–17}	IIb	C

BLOCK NHĨ THẤT CẤP 3

Trường hợp BAV3 bẩm sinh phát hiện trước khi có thai

Theo ESC 2021 về tạo nhịp tim, chỉ định tạo nhịp 2 buồng khi:

- Có triệu chứng
- Có khoảng ngừng tim > 3 RR
- Nhịp thoát QRS giãn rộng
- QT kéo dài
- Có phức bộ thoát thất
- Nhịp tim trung bình < 50 chu kỳ/phút

Khuyến cáo các trường hợp BAV3 bẩm sinh có ý định có thai nên được đánh giá bởi các bác sỹ tim mạch để xem xét cấy máy trước khi mang thai

Trường hợp BAV3 trong lúc có thai

❖ *Theo ESC 2021 về tạo nhịp tim, chỉ định đặt máy tạo nhịp khi:*

- Có triệu chứng như ngất/tiền ngất
 - Có đoạn ngừng xoang dài > 3 RR
 - Nhịp thoát QRS giãn rộng
 - Khoảng QT kéo dài
 - Nhịp tim trung bình < 50 chu kỳ/phút
- ❖ Nguy cơ cấy máy trong khi có thai là thấp và có thể thực hiện an toàn, đặc biệt là thai > 8 tuần tuổi
- ❖ Cần giảm liều chiếu: bác sỹ có kinh nghiệm, che chắn tốt cho thai, sử dụng hướng dẫn siêu âm...

Trường hợp BAV3 tại thời điểm chuyển dạ

❖ **Với bệnh nhân có triệu chứng** → tạo nhịp tạm thời trước khi đẻ, ưu tiên TNTT đường tĩnh mạch cảnh trong

❖ **Với bệnh nhân không có triệu chứng:**

- Một số trung tâm chủ động TNTT thường quy do lo ngại nhịp chậm và ngất khi thực hiện động tác Valsava lúc đẻ.
- Theo ESC 2019 về quản lý RLNT ở phụ nữ có thai

Không cần tạo nhịp tạm thời với các bệnh nhân không có triệu chứng và nhịp thoát ổn định (tần số > 50 chu kỳ/phút, QRS hẹp, không có QT dài)

❖ **Quyết định đẻ thường/ mổ đẻ** → do bác sỹ sản khoa quyết định

❖ **Lưu ý với BN không tạo nhịp và mổ đẻ:** cần hạn chế các thuốc gây mê, gây tê có thể làm chậm nhịp tim như fentanyl, suxamethonium. Nên dùng ketamin.

Sẵn sàng atropine, isoproterenol, máy tạo nhịp tạm thời qua da.

Bệnh nhân có máy tạo nhịp/ICD khi mang thai

- ❖ Với máy phá rung/máy tạo nhịp khi mổ đẻ cần lập trình lại để tránh hiện tượng ức chế máy (với máy tạo nhịp) và nhiễu gây sốc nhầm (với ICD) khi tiến hành mổ lấy thai có sử dụng dao điện.
- ❖ Nếu chuyển dạ thường qua đường âm đạo: cần theo dõi sát nhịp tim
- ❖ Khi có thai cần cài đặt lại tần số máy để đảm bảo đáp ứng nhịp tim với nhu cầu cơ thể.

Cài đặt:

- Low rate 80 chu kỳ/phút ở 3 tháng giữa
- 100 chu kỳ/phút lúc chuyển dạ
- 80 chu kỳ/phút sau chuyển dạ và về bình thường sau 6 tuần

Kết luận

- Rối loạn nhịp tim là rối loạn tim mạch thường gặp nhất ở phụ nữ có thai nhập viện
- Các rối loạn nhịp thường gặp hơn ở bệnh tim cấu trúc
- Làm gia tăng các biến cố ở mẹ và thai
- Điều trị cần có sự phối hợp chặt chẽ đặc biệt là chuyên khoa sản
- Hạn chế tối đa thuốc và thủ thuật xâm lấn nếu có thể.

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN