

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA VERAPAMIL VÀ AMIODARONE ĐIỀU TRỊ ĐƠN ĐỘC HOẶC PHỐI HỢP QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH TRONG NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT CÓ PHỨC BỘ QRS HẸP

Nguyễn Đức Hoàng¹, Nguyễn Văn Điền², Lê Đình Thao¹,
Lê Thanh Hải³, Trần Duy Kiến¹, Huỳnh Văn Minh²

1. Bệnh viện Hương Trà, Thừa Thiên Huế

2. Trường Đại học Y Dược Huế

3. Bệnh viện đa khoa tỉnh Thừa Thiên Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của Verapamil và Amiodarone điều trị đơn độc hay phối hợp qua đường tĩnh mạch trong nhịp nhanh kịch phát trên thất có phức bộ QRS hẹp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu trên 45 trường hợp nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp, được điều trị đơn độc bằng Verapamil hoặc Amiodarone hoặc phối hợp hai loại thuốc trên.

Kết quả và bàn luận: 100% bệnh nhân đều có triệu chứng lâm sàng hồi hộp, mệt ngực khi vào viện, tần số nhịp tim càng tăng trong nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp thì tỷ lệ mắc bệnh càng giảm.

Nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp chiếm tỷ lệ 60%, trong đó QRS hẹp đều chiếm tỷ lệ 54,67%; QRS hẹp không đều chiếm tỷ lệ 5,33%. Nhịp nhanh có QRS giãn chiếm tỷ lệ 40%. Có 3 trường hợp (7,67%) nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp có huyết động không ổn định (huyết áp tụt kẹt).

Nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp giảm dần theo tuổi, đặc biệt giảm dần sau 40 tuổi.

Kết luận: Việc phối hợp Verapamil và Amiodarone tĩnh mạch trong điều trị nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp có hiệu quả cao và tỷ lệ không thành công hoặc tái phát thấp khác biệt có ý nghĩa thống kê khi điều trị đơn độc Verapamil hoặc Amiodarone ($p < 0,001$).

ABSTRACT

EFFICIENCY OF INTRAVEINOUS PARENTERAL OF SINGLE VERAPAMIL OR AMIODARONE OR BOTH IN TREATMENT SUPRA-VENTRICULAR TACHYCARDIA WITH NARROW-QRS COMPLEX

Nguyễn Đức Hoàng¹, Nguyễn Văn Điền², Lê Đình Thao¹,
Lê Thanh Hải³, Trần Duy Kiến¹, Huỳnh Văn Minh²

Objectives: Efficiency rating of intravenous single verapamil or amiodarone or combined both in treatment supra-ventricular tachycardia with narrow-QRS complex.

Patients and method: 45 cases of supra-ventricular tachycardia with narrow-QRS complex

were treated by intravenous single verapamil or amiodarone or both in treatment supra-ventricular tachycardia with narrow-QRS complex.

Results and discussion: All patients had always signs: thrilling, heart pounding. Supra-ventricular tachycardia with narrow-QRS complex have got rate 60%, while narrow-QRS complex regular have rate 54,67%, narrow-QRS complex irregular have rate 5,33%. Supra-ventricular tachycardia with wide-QRS complex have got rate 40%. There have got three cases (7,67%) supra-ventricular tachycardia with narrow-QRS complex effected blood pressure. Supra-ventricular tachycardia with narrow-QRS complex decreased, soundly after 40 age.

Conclusion: Combination of intravenous parenteral verapamil and amiodarone in treatment supra-ventricular tachycardia with narrow-QRS complex had high effect when comparison with single verapamil or amiodarone ($p < 0,001$).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhịp nhanh kịch phát trên thất có phức bộ QRS hẹp là rối loạn nhịp nhanh thường gặp trên lâm sàng, trong cơn rối loạn nhịp xung động dẫn truyền đi qua đường chính thống dễ khởi cực thất, nguyên nhân chủ yếu của rối loạn nhịp này được giải thích là do hiện tượng vào lại [2].

Verapamil (Isoptine) có tác dụng chống loạn nhịp tim mạnh, đặc biệt đối với loạn nhịp tim trên thất. Thuốc kéo dài dẫn truyền xung động trong nút nhĩ thất do đó tùy theo loại loạn nhịp nhanh, phục hồi nhịp xoang và hoặc làm chậm tần số thất [4].

Amiodarone (Cordarone) gắn kết chậm, nhưng với một lượng lớn vào mô, tính khả dụng sinh học thay đổi từ 30% - 80% tùy từng bệnh nhân (trung bình là 50%). Sau khi uống liều duy nhất, nồng độ tối đa của thuốc trong huyết thanh đạt được sau từ 3-7 giờ.

Bệnh viện Hương Trà trong những năm gần đây, tỷ lệ bệnh nhân bị bệnh tim mạch ngày càng đông. Trong đó, nhịp nhanh kịch phát trên thất gặp cũng khá đông. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

1. Triệu chứng lâm sàng, tỷ lệ nhịp nhanh kịch phát trên thất có phức bộ QRS hẹp.

2. Đánh giá hiệu quả của Verapamil và Amiodarone điều trị đơn độc hay phối hợp qua đường tĩnh mạch trong nhịp nhanh kịch phát trên thất có phức bộ QRS hẹp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Từ 2010 – 2011, 45 bệnh nhân (18-85 tuổi), điều trị tại BV Hương Trà với lý do hồi hộp, mệt ngực, điện tâm đồ: nhịp nhanh kịch phát trên thất có phức bộ QRS hẹp.

Tiêu chuẩn loại trừ [2],[7]:

+ Huyết áp thấp, choáng tim, suy tim nặng, mất bù, hạ huyết áp, rung hoặc cuồng động nhĩ kèm hội chứng Wolf-Parkinson- White (hội chứng tiền kích thích), nhịp nhanh thất, hạ huyết áp.

+ Block A-V II, III, suy nút xoang chưa đặt máy tạo nhịp, nhịp nhanh QRS rộng trong hội chứng WPW, nhanh thất. Phức bộ QRS rộng $> 0,12s$, nhồi máu cơ tim cấp có biến chứng, block xoang-nhĩ, hội chứng suy nút xoang.

+ Dị ứng với verapamil.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu và tiền cứu

Phân nhóm: 03 nhóm (mỗi nhóm 15 bệnh nhân):

Biểu hiện điện tâm đồ [2],[8]

- Tần số từ 120-240 chu kì/phút, QRS hẹp $< 0,12s$.

- Sóng P' đi sau QRS, có liên hệ QRS và P' theo tỷ lệ 1:1.

- $RP' > P'R$ nếu đường phụ dẫn truyền chậm, một số trường hợp $RP' = P'R$, hay $RP < P'R$.

- P' âm (-) ở II, III, aVF và P' dương (+) ở V1,

aVR QRS có sóng r' dạng rSr', đường phụ ở bên trái. P'(+) ở II, III, aVF, P'(-) ở V1 đường phụ bên phải.

Triệu chứng lâm sàng

- Con xảy ra đột ngột, bệnh nhân cảm thấy tim đập nhanh, bồn chồn, hồi hộp, có thể chóng mặt, buồn nôn, khó thở, tức ngực.

- Mạch quay khó bắt, tần số 150 – 180 chu kỳ/phút hoặc hơn, đều.

- Con có thể kéo dài vài giây, vài phút hay vài giờ, hiếm gặp kéo dài hơn và kết thúc cũng đột ngột.

- Ghi điện tâm đồ trong cơn: nhịp nhanh đều, các phức bộ QRS đều, sóng P thường không nhìn thấy vì nhịp quá nhanh, đoạn ST hạ thấp.

2.3. Điều trị [2],[8]

Điều trị cấp: Nếu có rối loạn huyết động: Sử dụng Dopamine hoặc Dobutamine theo liều hướng dẫn của Viện Tim mạch học Việt Nam.

Nhóm 1, chỉ sử dụng Verapamil (Isoptine): Tiêm tĩnh mạch chậm trong 2-3 phút, liều 5-10 mg có thể

nhắc lại liều trên sau 15-30 phút.

Nhóm 2, chỉ sử dụng Amiodarone (Cordarone): Tiêm tĩnh mạch 150mg trong 10 phút. Sau đó tĩnh mạch chậm 1mg/phút trong 6 giờ đầu, giờ thứ 7 dùng liều 0,5mg/phút.

Nhóm 3, phối hợp Verapamil (Isoptine): Tiêm tĩnh mạch chậm trong 2-3 phút, liều 5-10 mg; sau đó sử dụng duy trì Amiodarone tĩnh mạch chậm 1mg/phút trong 6 giờ đầu, giờ thứ 7 dùng liều 0,5mg/phút (sử dụng bơm tiêm điện).

Theo dõi: lâm sàng và điện tâm đồ trên monitoring. Đánh giá tỷ lệ tái phát bệnh trong thời gian điều trị.

Điều trị tiếp theo: Sau khi điều trị cắt cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất có phức bộ QRS hẹp, nếu tái phát thì phải chuyển lên Trung Tâm Tim Mạch để có chẩn đoán xác định nguyên nhân và có biện pháp điều trị triệt để.

2.4. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê thông thường và EPSS.16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Lâm sàng nhịp nhanh kịch phát trên thất có phức bộ QRS hẹp

Bảng 3.1. Hồi hộp, mệt ngực; tần số nhịp tim

	Hồi hộp, mệt ngực	Tần số nhịp tim					Tổng
		140- <160	160- <180	180- <200	200- <220	≥220	
n	45	13	12	11	6	3	45
%	100	28,89	26,67	24,44	13,33	6,67	100

100% trường hợp bệnh nhân vào viện có nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp đều có triệu chứng hồi hộp, mệt ngực, tần số nhịp tim nhanh. Theo y văn, tần số nhịp tim thường trên 140 lần/phút. Tuy nhiên, tần số nhịp tim (tăng trên 140 lần/phút) càng tăng trong nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp thì tỷ lệ (%) ca mắc bệnh càng giảm. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả như nghiên cứu của tác giả Phạm Quốc Khánh & cs (2002) [1].

Bảng 3.2. Nhịp nhanh kịch phát trên thất có phức bộ QRS hẹp (thời gian <0,120s), QRS giãn (thời gian ≥0,120s)

Phân loại	QRS hẹp		QRS giãn		Tổng
	Đều	Ko đều	Đều	Ko đều	
n	41	04	21	09	75
%	54,7	5,3	28	12	100
% chung	60		40		100

Nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp chiếm tỷ lệ 60%, trong đó QRS hẹp đều chiếm tỷ lệ 54,67%; QRS hẹp không đều chiếm tỷ lệ 5,33%. Nhịp nhanh có QRS giãn chiếm tỷ lệ 40%. Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Nguyễn Vinh & cs. (2003)[4]; nghiên cứu của tác giả Phạm Quốc Khánh & cs. (2002) [1] cũng cho tỷ lệ lần lượt là 61%, 60%. Như vậy, nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp chiếm tỷ lệ cao; trong đó nhịp nhanh có QRS hẹp đều chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 3.3. Huyết động nhịp nhanh kịch phát trên thất có phức bộ QRS hẹp

	ổn định	không ổn định	Tổng
n	42	3	45
%	92,3	7,7	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp (7,67%) nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp có huyết động không ổn định (huyết áp tụt kẹt). Chúng tôi phải sử dụng thêm thuốc vận mạch (Dopamin, Dobutamin); sau khi huyết áp ổn định chúng tôi điều trị theo phác đồ trên.

Bảng 3.4. Phân bố theo nhóm tuổi

Tuổi	< 40	40- < 60	60- < 80	≥ 80	Tổng
n	16	12	9	8	45
%	35,5	26,7	20	17,8	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi dưới 40 tuổi có nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp chiếm tỷ lệ cao nhất 35,55%, tiếp đến nhóm tuổi 40-60 (26,67%), nhóm tuổi 60-80 chiếm tỷ lệ 20%, nhóm tuổi ≥ 80 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 17,78%. Nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp giảm dần theo tuổi, đặc biệt giảm dần sau 40 tuổi.

3.2. Hiệu quả điều trị

Bảng 3.5. So sánh tuổi trung bình theo 3 nhóm điều trị

	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3	p (Anova)
Tuổi trung bình	51,1 ± 8,4	51,3 ± 8,1	51,2 ± 7,9	0,99
Nam/Nữ	13/2	12/3	14/1	0,98

Không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), theo 03 nhóm điều trị sau khi chúng tôi hiệu chỉnh về tuổi và giới.

Bảng 3.6. Hiệu quả của thuốc từng nhóm thuốc

Hiệu quả của thuốc/Nhóm	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3	p (Anova)
n/15	4/15	7/15	13/15	<0,001
%	26,67	46,67	86,67	

Theo tác giả Thạch Nguyễn (2001), chẹn beta hoặc chẹn kênh canxi tĩnh mạch sử dụng để ngăn cơn tái phát nhịp nhanh kịch phát trên thất. Amiodarone tĩnh mạch có hiệu quả cao trong điều chỉnh tần số ở bệnh nhân trợ với chẹn kênh canxi hoặc chẹn beta [3].

Cũng theo tác giả Thạch Nguyễn (2001), khi so sánh Flecainide với Verapamil ở bệnh nhân nhịp nhanh kịch phát trên thất bao gồm cả vòng vào lại nút nhĩ thất, có 70% bệnh nhân dùng Flecainide và 80% bệnh nhân dùng Verapamil có triệu chứng tái phát sau 9 tháng theo dõi. Với nhịp tim nhanh dẫn truyền qua nút nhĩ thất, tim nhanh nhĩ ổ ngoại vi không đáp ứng với thuốc chẹn nhĩ thất, thuốc chống loạn nhịp có thể dùng được ở bệnh nhân không có khả năng đốt bằng sóng radio. Nguyên cơ gây ra rối loạn nhịp từ các thuốc chống loạn nhịp phải luôn được chú ý khi chọn thuốc cho mỗi bệnh nhân.

Nhóm 1, chỉ sử dụng Verapamil (Isoptine): Tiêm tĩnh mạch chậm trong 2-3 phút, liều 5-10 mg có thể nhắc lại liều trên sau 15-30 phút. Tỷ lệ không thành

công hoặc tái phát là 73,33%.

Nhóm 2, chỉ sử dụng Amiodarone (Cordarone): Tiêm tĩnh mạch 150mg trong 10 phút. Sau đó tĩnh mạch chậm 1mg/phút trong 6 giờ đầu, giờ thứ 7 dùng liều 0,5mg/phút. Tỷ lệ không thành công hoặc tái phát là 53,33%.

Nhóm 3, sử dụng phối hợp hai loại thuốc Verapamil (Isoptine): Tiêm tĩnh mạch chậm trong 2-3 phút, liều 5-10 mg; sau đó sử dụng duy trì Amiodarone tĩnh mạch chậm 1mg/phút trong 6 giờ đầu, giờ thứ 7 dùng liều 0,5mg/phút (sử dụng bơm tiêm điện). Tỷ lệ không thành công hoặc tái phát là 13,33%, chiếm tỷ lệ thấp nhất trong 03 nhóm và khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Do vậy, việc phối hợp Verapamil và Amiodarone tĩnh mạch trong điều trị nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp có hiệu quả cao và tỷ lệ không thành công hoặc tái phát thấp.

IV. KẾT LUẬN

1. 100% bệnh nhân đều có triệu chứng lâm sàng hồi hộp, mệt ngực khi vào viện, tần số nhịp tim càng tăng trong nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp thì tỷ lệ (%) cao mắc bệnh càng giảm.

2. Nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp chiếm tỷ lệ 60%, trong đó QRS hẹp đều chiếm tỷ lệ 54,67%; QRS hẹp không đều chiếm tỷ lệ 5,33%. Nhịp nhanh có QRS giãn chiếm tỷ lệ 40%. Có 3 trường hợp (7,67%) nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp có huyết động không ổn định (huyết áp tụt kẹt). Nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp giảm dần theo tuổi, đặc biệt sau 40 tuổi.

3. Việc phối hợp Verapamil và Amiodarone tĩnh mạch trong điều trị nhịp nhanh kịch phát trên thất có QRS hẹp có hiệu quả cao và tỷ lệ không thành công hoặc tái phát thấp khác biệt có ý nghĩa thống kê khi điều trị đơn độc ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Quốc Khánh, Trần Văn Đồng, Nguyễn Lâm Việt & cs. (2002), Điều trị nhịp nhanh do vòng vào lại tại nút nhĩ thất bằng năng lượng sóng có tần số radio qua dây thông điện cực, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 29, tr. 370-377.
2. Huỳnh Văn Minh, Nguyễn Văn Điền, Hoàng Anh Tiến (2009), *Điện tâm đồ từ điện sinh lý đến chẩn đoán lâm sàng*, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 105-201.
3. Thạch Nguyễn (2001), *Một số vấn đề cập nhật trong chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch*, Nhà xuất bản Y học, tr. 265 -277.
4. Phạm Nguyễn Vinh, Hồ Huỳnh Quang Trí (2003), *Chẩn đoán và điều trị một số rối loạn nhịp tim riêng biệt*, Nhà xuất bản Y học, tr. 156-199.
5. Poole JE, Bardy GH. (2001), Further evidence supporting the concept of T-wave memory: observation in patients having undergone high-energy direct current catheter ablation of the Wolff-Parkinson-White syndrome, *Eur Heart J*, pp. 801-807.
6. Yeh SJ, Wang CC, Wen MS et al. (2003), Radiofrequency ablation in multiple accessory pathways and the physiologic implication, *Am J, Cardiol*, pp. 1174-1180.