



**CẬP NHẬT
HỘI NGHỊ HRS.HCMC 2023**

**CÁ THỂ VÀ TỐI ƯU HÓA ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỒNG MẮC
CẬP NHẬT ACC,ESC,HRS 2023
*TP Hồ Chí Minh 16/9/2023***

*Bs Chu văn Vinh
BV Medic Cần Thơ*





NỘI DUNG tập trung vào những vấn đề:

1. Bệnh lý về nhịp tim :

- * Cập nhật từ HN HRS 2023
- * Tạo nhịp và điện sinh lý tim với các phương thức mới như tạo nhịp từ bó trái LBBP, là tiến bộ mới được thực hiện có hiệu quả tại Việt Nam
- * Cập nhật các HD về chẩn đoán , điều trị RL nhịp : Rung nhĩ dưới LS, RN, NTTT, Hc Tái cực sớm
- * Quản lý BN mang các thiết bị điện cấy ghép ở tim CIED khi làm các thủ thuật Y khoa...
- * Sử dụng thuốc kháng đông, kháng KTTC, NOAC trên BN có bệnh đồng mắc

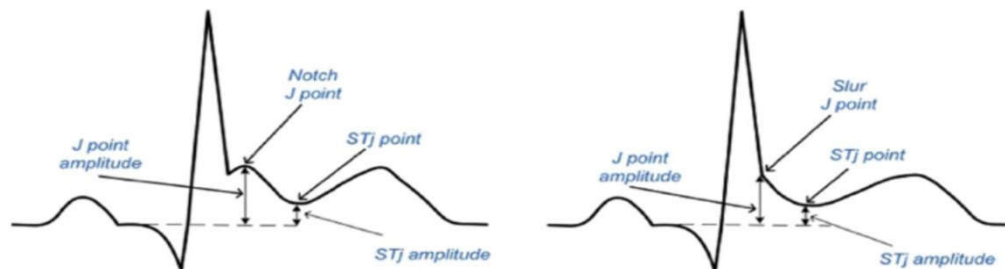
2. Cá thể và tối ưu hóa điều trị bệnh đồng mắc cập nhật từ ACC, ESC, HRS 2023

3. Những điểm nổi bật trong QL THA theo ESH 2023



CHUYÊN ĐỀ : TÁI CỰC SỚM

- Tái cực sớm (Early Repolarization) là hình ảnh ĐTĐ thường gặp ở người trẻ tuổi, khỏe mạnh, không có bệnh tim thực thể
- Tuy nhiên, có một số trường hợp tái cực sớm trên ĐTĐ cho thấy có sự phối hợp với sự gia tăng nguy cơ rung thất và đột tử
- Hội chứng tái cực sớm lành tính hay ác tính?





LỊCH SỬ

- 1936: Shipley & Hallaran lần đầu nhận xét hình ảnh bất thường ở cuối QRS
- 1938: Tomaszewski ghi được sóng J trên ECG ở một người bị lạnh cóng
- 1953: Osborn mô tả “dòng điện tổn thương” và đặt tên là ”sóng Osborn” qua thực nghiệm trên chó
- 1961: Wasserburg định danh “Tái cực sớm”



Prof. John J Osborn
1917 - 2014

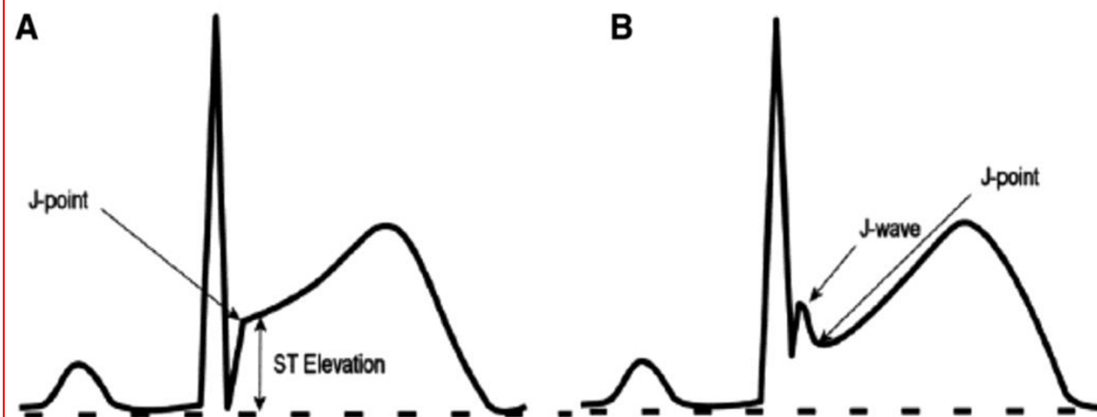


ĐƠN TÁI CỰC SỚM

Tái cực sớm khi điểm J chênh lên $\geq 0.1mV$ so với đường đẳng điện ≥ 2 chuyển đạo sau dưới (II, III, aVF) hoặc thành bên (I, aVL, V4-V6)

Mốc là sóng dương nằm ở phần cuối QRS và kéo dài từ QRS đến đoạn ST cong vòm lên

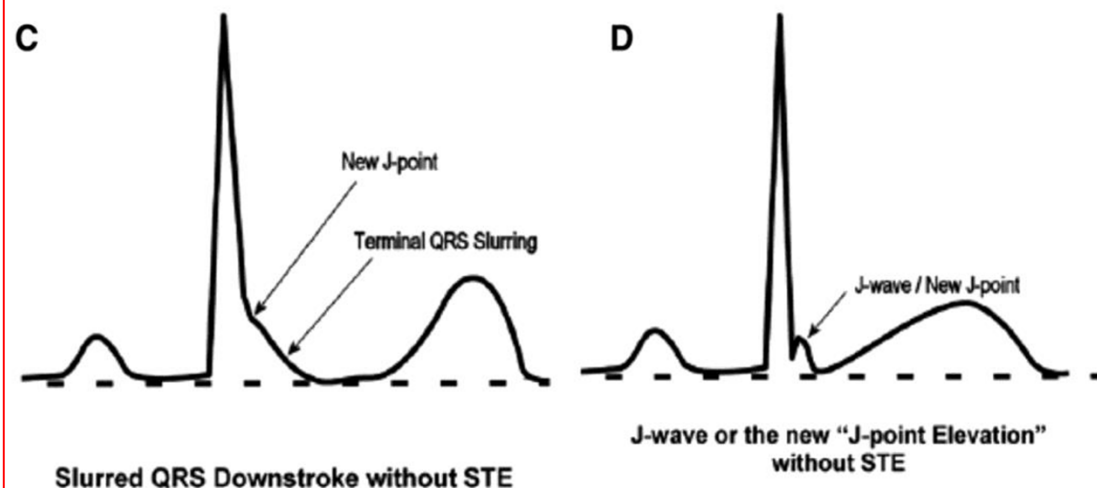
Classic Definition of Early Repolarization: ST Elevation



Classic Early Repolarization Without a J-wave

Classic Early Repolarization With a J-wave

New Definitions of Early Repolarization



Slurred QRS Downstroke without STE

J-wave or the new "J-point Elevation" without STE



Dịch tể

* Tần suất ER 1% - 2%. Thường gặp ở người trẻ, nam (77%) người gốc Phi.

ở VĐV, dùng cocaine, bệnh cơ tim phì đại thể tắc nghẽn, thông liên thất hoặc dày vách liên thất.

* Đặc điểm ECG : thay đổi theo ts tim, có sự bình thường hóa khi gắng sức, tăng nhịp tim, khi lớn tuổi.

Sinh bệnh học

* *Bình thường :*

- + Quá trình khử cực thất bắt đầu từ nội tâm mạc đến thượng tâm mạc và
- + Tái cực sẽ đi từ thượng tâm mạc đến nội tâm mạc.

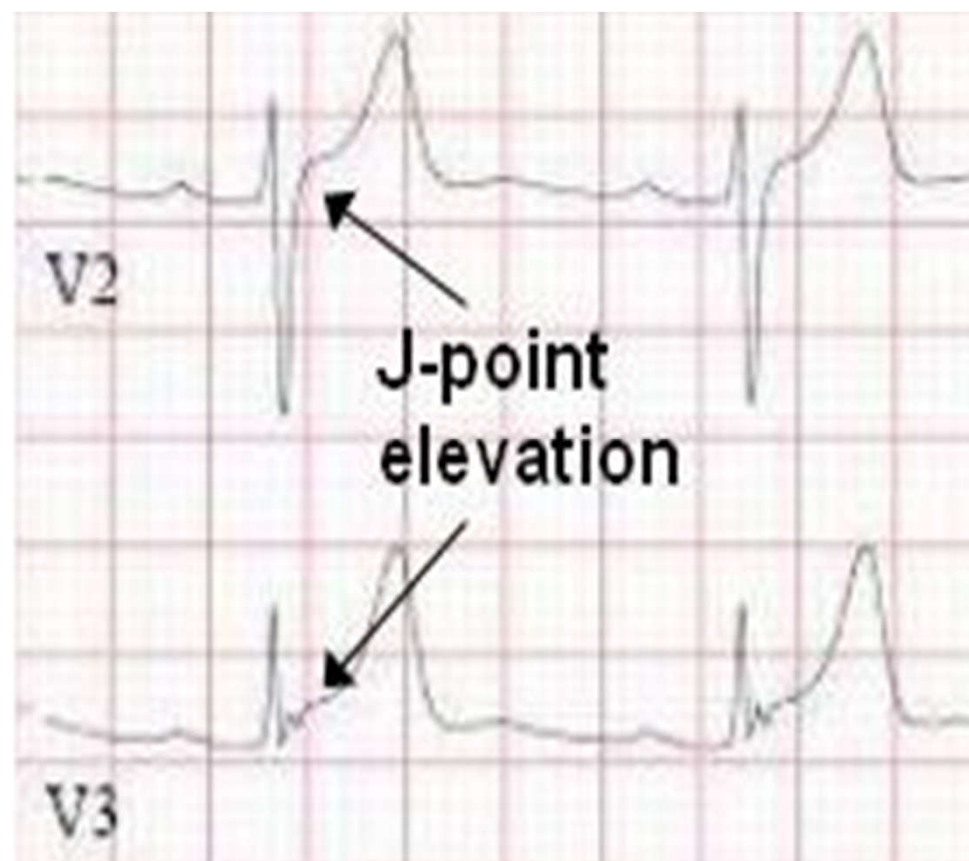
* *Trong ER :* Tái cực của nội mạc xảy ra sớm cùng lúc với khử cực các vùng khác của tim gây ra chồng lấp các hình ảnh ở đoạn cuối phức bộ QRS và biểu hiện trên ECG là ST chênh .



ECG đặc trưng

Dấu hiệu trên ECG điển hình của tái cực sớm :

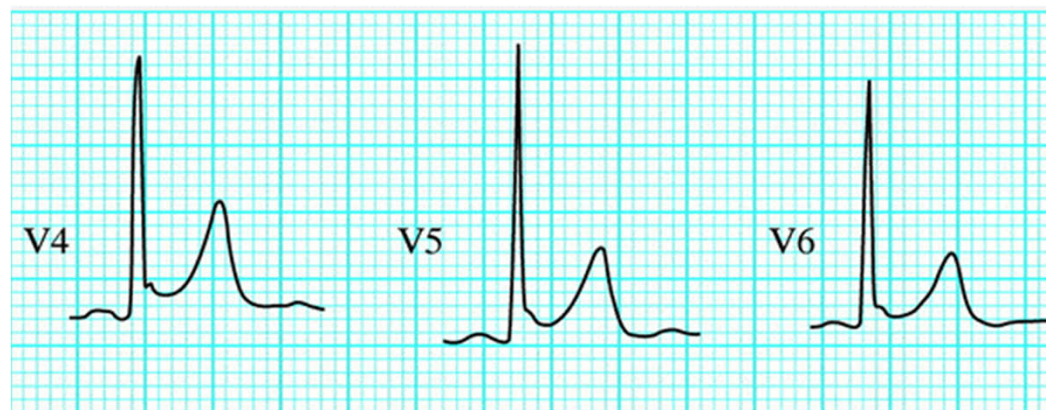
- + điểm J chênh lên ≥ 1 mm ($\geq 0,1$ mV),
- + đoạn ST chênh lên ở 2 chuyển đạo dưới (I, II, III, aVF) và/hoặc bên liên kề.





Hình thái điểm J:

Một đặc điểm đặc trưng của BER là sự hiện diện của một hình chữ V hoặc điểm J bất quy tắc: Gọi là hình "Móc". Điều này thường thấy nhất ở V4.

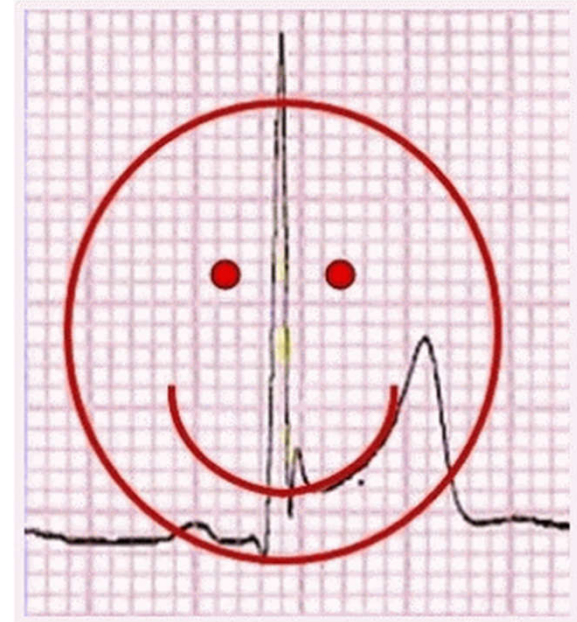




Hình thái sóng đoạn ST/T:

Phức bộ đoạn ST-T trong BER có một ngoại hình đặc trưng:

- Có điểm J cao.
- Sóng T đạt giá trị cao và hơi bất đối xứng.
- Đoạn ST và đoạn lên của sóng T chuyển đạo chi tăng dần hướng lên khuyết lõm.
- Đoạn xuống của sóng T thẳng và hơi dốc hơn so với đoạn lên.
- *Lõm của đoạn ST được mô tả là có sự xuất hiện của một "Khuôn mặt cười".*



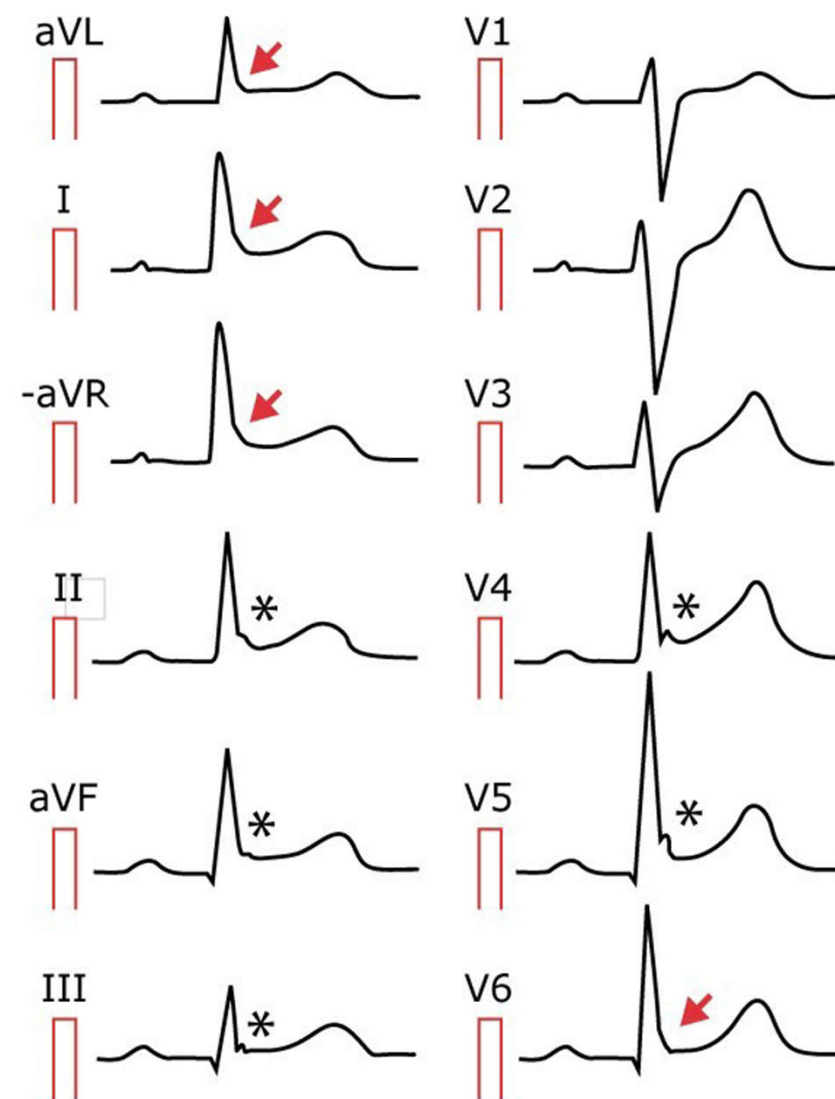


PHÂN LOẠI Có 3 type:

* **Type 1**: ST chênh chủ yếu ở thành bên, phổ biến ở nam thanh niên khỏe mạnh, không có bệnh tim thực tổn *hiếm khi có loạn nhịp nguy hiểm*

* **Type 2**: ST chênh lên chủ yếu ở thành dưới và thành dưới bên *nguy cơ có loạn nhịp cao hơn*

* **Type 3**: ST chênh lên ở thành dưới, thành bên và vùng thất phải *có nguy cơ cao về loạn nhịp thất, và rung thất*



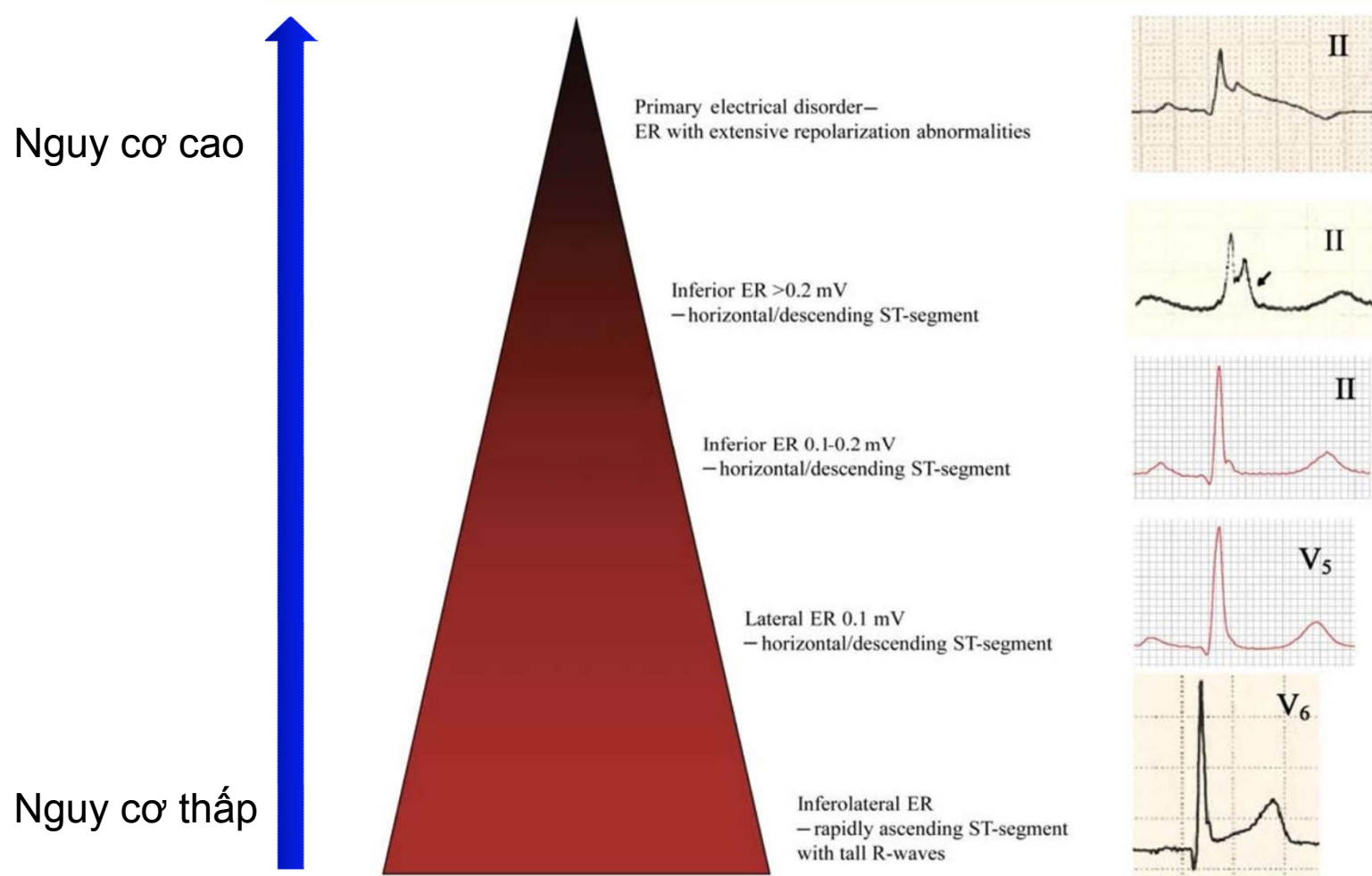


ĐẶC ĐIỂM GỢI Ý ER CÓ NGUY CƠ RLN ÁC TÍNH

- * Tiền sử gia đình có người ngừng tim đột ngột hoặc tử vong khi trẻ tuổi mà không giải thích được
- * Gợi ý có bệnh lý rối loạn vận chuyển ion qua kênh tế bào: như QT dài, HC Brugada,...
- * Tiền sử bản thân có ngất đột ngột gợi ý cơ chế sinh bệnh là RLN tim



Mức độ ER với nguy cơ Rối loạn nhịp thất





Early repolarization ≠ Early repolarization syndrome

Who are at risk ?

Idiopathic VF/ SCD survivors with :

- * ER >2mm in > 2 contiguous leads
- * ER over inferior/ lateral / global leads
- * Horizontal / Descending STE



CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT :

- HC tái cực sớm cần được chẩn đoán phân biệt :
- + Hội chứng Brugada (BS) → Có tc chẩn đoán rõ
 - + Hc QT dài và ngắn → Có tc chẩn đoán rõ
 - + Các tình trạng bệnh có ST chênh lên (NMCT cấp ST chênh lên...)
 - + *Viêm màng ngoài tim* .



Tái cực sớm lành tính:



Đoạn ST cao = 1 mm.

Chiều cao sóng T = 6 mm.

Tỷ lệ sóng ST / T = 0.16.

Tỷ lệ sóng ST / T < 0,25 phù hợp với BER.

Đặc tính BER:

T chênh lên giới hạn ở những đạo trình
ngoài tim.

Sự vắng mặt của PR âm.

Sóng T nổi bật.

Tỷ lệ đoạn ST / T < 0,25.

Thường có "Móc" ở V4.

ECG tương đối ổn định theo thời gian.

Viêm màng ngoài tim:



Chiều cao đoạn ST = 2 mm.

Chiều cao sóng T = 4 mm.

Tỷ lệ sóng ST / T = 0,5.

Tỷ lệ sóng ST / T > 0,25 phù hợp với viêm màng ngoài tim.

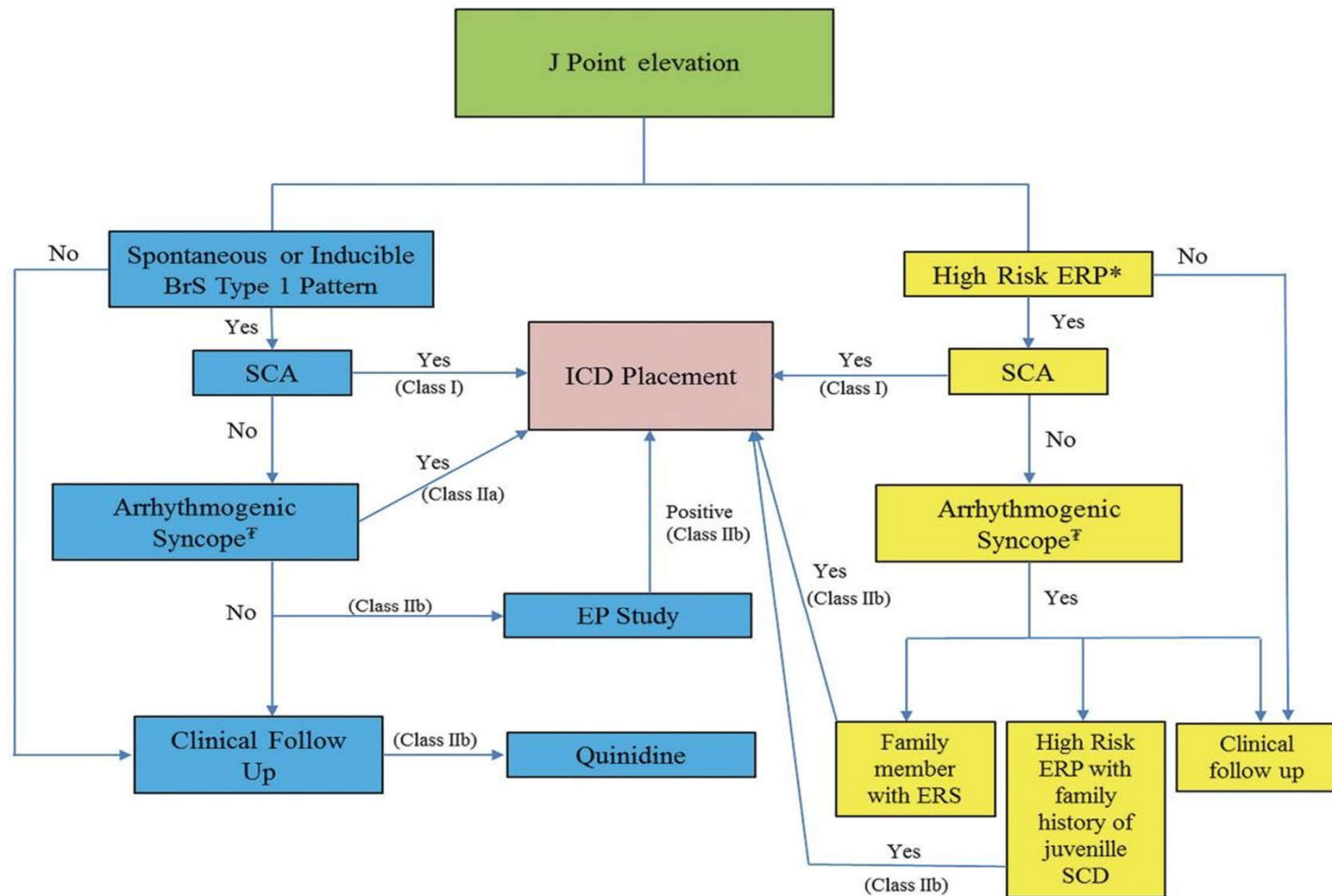
Sự khác biệt chính giữa viêm màng ngoài tim và BER được tóm tắt dưới đây

Viêm màng ngoài tim:

- ST cao phổ biến.
- Sự hiện diện của PR âm.
- Biên độ sóng T bình thường.
- Tỷ lệ đoạn ST / T > 0,25.
- Thường không có "Móc" ở V4.
- Thay đổi ECG theo thời gian.



HƯỚNG XỬ TRÍ HỘI CHỨNG TÁI CỰC SỚM



Priori et al Expert Consensus Statement on Inherited Primary Arrhythmia Syndromes, HRS/ERHA 2013



Recommendations on Early Repolarization Therapeutic Interventions

Class I	1. ICD implantation is recommended in patients with a diagnosis of ER syndrome who have survived a cardiac arrest.
Class IIa	2. Isoproterenol infusion can be useful in suppressing electrical storms in patients with a diagnosis of ER syndrome.
	3. Quinidine in addition to an ICD can be useful for secondary prevention of VF in patients with a diagnosis of ER syndrome.
Class IIb	4. ICD implantation may be considered in symptomatic family members of ER syndrome patients with a history of syncope in the presence of ST- segment elevation > 1 mm in 2 or more inferior or lateral leads.
	5. ICD implantation may be considered in asymptomatic individuals who demonstrate a high-risk ER ECG pattern in the presence of a strong family history of juvenile unexplained sudden death with or without a pathogenic mutation.
Class III	6. ICD implantation is not recommended asymptomatic patients with an isolated ER ECG pattern.



KẾT LUẬN

- ❖ **Tái cực sớm không phải là một biểu hiện lành tính**
- ❖ Cơ chế có thể do sự phân cực giữa lớp nội tâm mạc và thượng tâm mạc tạo ra hình ảnh sóng J.
- ❖ Tần suất bị RL nhịp thất ác tính (nhịp thất, rung thất) gặp ở Bn Hc tái cực sớm với điểm J cao ($>2\text{mm}$).
- ❖ Cần chẩn đoán # : Tái cực sớm # HC Tái cực sớm
- ❖ Hc tái cực sớm có giá trị trong phân tầng nguy cơ tim mạch khi có triệu chứng và yếu tố gia đình.
- ❖ Thuốc Quinidine (bloc kênh ITO) có thể hạn chế hoạt động điện bất thường gây RT nguy hiểm



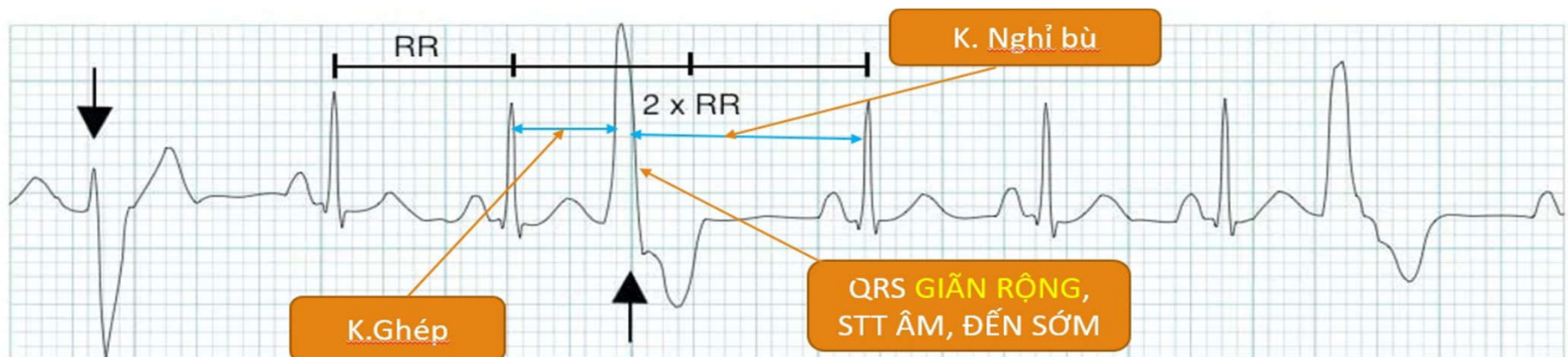
Chuyên đề 2 : NGOẠI TÂM THU THẤT KHI NÀO ĐIỀU TRỊ ?

1. Mức độ NTTT phổ biến có liên quan đến: Mẫu nghiên cứu, PP phát hiện, thời gian quan sát
2. NTTT tăng theo tuổi, bệnh tim tiềm ẩn, các yếu tố khởi kích (RL điện giải, chất kích thích,...)
3. Tần suất: giới nữ > nam, già > trẻ, bệnh tim cấu trúc > tim lành
 - + Số lượng NTTT bt ở người lớn < 500/24giờ
 - + Người không có bệnh tim : Trên ECG 12 cơ : 1% (30-60s) 6% (2ph)...
4. Tiên lượng: có thể lành tính, hoặc báo hiệu một RLN nguy hiểm tính mạng
5. Điều trị: nội khoa / triệt bỏ bằng RF



CHẨN ĐOÁN NTT

- * ĐTĐ 12 chuyển đạo
- * Holter điện tim: CĐXĐ, phân loại NTTT
- * Siêu âm tim, MRI xác định bệnh tim cấu trúc ?





PHÂN LOẠI NTTT :

1. Phân loại :

- + Nguyên phát (Bắt nguồn từ đường ra thất P, đường ra thất T và mỏm cạnh van đmc) - CÓ Bệnh tim cấu trúc tiềm ẩn (SHD)
- + Hình thái trên ECG: Đơn ổ, đa ổ...
- + Cơ năng-Thực thể : liên quan yếu tố khởi kích
- + Biểu hiện lâm sàng
- + Tần suất xảy ra (gánh nặng NTTT)
- + Tiên lượng

2. Phân tầng gánh nặng NTTT :

- Thấp : $< 1\%$ hoặc 1000 NTTT/24 giờ
- Trung bình : $> 1\%$ đến $< 15\%$ NTTT/24giờ
- Cao : $> 15\%$ hoặc 15.000 NTTT/24giờ



MỨC ĐỘ NGUY HIỂM: Phân loại theo LOWN

ĐỘ	RỐI LOẠN NHỊP NTTT
0	Không có NTTT
1	NTTT Đơn dạng, không thường xuyên (Unifocal; < 30/h)
2	NTTT Đơn dạng thường xuyên (Unifocal; >30/h)
3	NTTT Đa dạng (Multiform)
4A	NTTT cặp (2 consecutive)
4B	NTTT chuỗi (3 consecutive)
5	NTTT có dạng R-on -T



TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ NTTT

Trước khi điều trị cần xác định :

1. Do các yếu tố có thể đảo ngược được không ?
2. Có phải loại nguy hiểm không ?
3. Có gắn liền với bệnh tim cấu trúc không ?
4. Có gây ra triệu chứng không ?
5. Cơ năng hay thực thể (liên quan gắng sức...)
6. Phân tầng gánh nặng NTTT, đánh giá nguy cơ



ĐIỀU TRỊ NTTT VÔ CĂN CÓ TRIỆU CHỨNG

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA	ĐIỀU TRỊ RF
* Không dùng thuốc: hạn chế chất kích thích * Thuốc: ✓ Thuốc chẹn beta giao cảm, chẹn kênh canxi ✓ Nhóm I: flecainide, propafenone ✓ Nhóm III: Cordarone, Sotalol	<i>Theo HRS/EHRA 2017/2019 chỉ định I (có triệu chứng)</i> 1. Nhóm NTTT thường xuyên 2. NNT đơn dạng 3. Không dung nạp thuốc hay thất bại với thuốc



ĐIỀU TRỊ NTTT VÔ CĂN KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG

Đánh giá nguy cơ gánh nặng NTTT :

- * THẤP : NTTT $< 1\%$ /24h: TD định kỳ Holter ECG, siêu âm tim
- * TRUNG GIAN : NTTT $1 - < 15\%$ /24h : TD định kỳ, đốt RF cá thể hóa
- * CAO : NTTT $> 15\%$ /24h : đốt RF cá thể hóa từng bn

Quá trình theo dõi nếu EF giảm : Lựa chọn chẹn Beta trước tiên

NTTT $> 10\%$ ưu tiên RF,

NTTT $5-10\%$ cá thể hóa từng BN,

NTTT $< 5\%$ Td định kỳ Holter ECG, siêu âm tim



ĐIỀU TRỊ NTTT TRÊN BỆNH TIM THỰC TỒN

NGUYÊN TẮC	ĐIỀU TRỊ RF
1. Hạn chế chất kích thích 2. Giải quyết tốt bệnh nền: suy tim, thiếu máu cơ tim 3. Cân bằng điện giải 4. Thuốc: chẹn beta, cordaron	1. NTTT không đáp ứng sau khi đã điều trị như trên 2. NTT nguy hiểm: R/T



KẾT LUẬN :

1. NTTT là loại loạn nhịp thường gặp nhất với tần suất tăng theo tuổi.
Ở người khỏe mạnh ít khi có NTTT nguy hiểm.
2. NTTT xuất hiện ở người có bệnh tim cấu trúc dễ có RLN nguy hiểm.
3. Việc chẩn đoán dựa vào bắt mạch, nghe tim và đo ECG 12 đạo trình cơ bản không đánh giá được mức độ, tiên lượng NTTT, khuyến cáo nên đo Holter ECG
4. Một số bn NTTT cần điều trị đặc hiệu. Cần cân nhắc kỹ trước khi quyết định chọn thuốc và PP điều trị phù hợp.
 - + Điều trị thuốc tỷ lệ thành công thấp, nhiều hạn chế
 - + Phương pháp triệt đốt RF có tỷ lệ thành công cao hơn, ít biến chứng.



Chuyên đề 3: WHAT IS NEW AND WHAT HAS CHANGED IN THE 2023 ESH GUIDELINES ?

- ❖ Thay đổi và đơn giản mức độ Khuyến cáo và bằng chứng
- ❖ Cập nhật cơ chế bệnh sinh của THA nguyên phát
- ❖ Bổ sung phương thức đo HA, nhấn mạnh vai trò THA ngoài PK
- ❖ Đổi mới lượng giá , ý nghĩa LS tổ thương cơ quan đích
- ❖ Phân tầng nguy cơ 4 mức, giữ nguyên phân độ 3 mức
- ❖ Cập nhật chẩn đoán THA thứ phát
- ❖ Cập nhật thay đổi lối sống
- ❖ Cập nhật: Ngưỡng ĐT và đích ĐT THA
- ❖ Cập nhật 5 nhóm thuốc cơ bản ĐT THA, nhấn mạnh chỉ định của BB và viên phối hợp liều cố định
- ❖ Cập nhật xử trí THA /nhóm bệnh đặc biệt

TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Tài liệu Hội nghị HRS. HCM 2023
2. Khuyến cáo của phân hội tăng huyết áp-hội tim mạch học việt nam (VSH/VNHA) về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2022.
3. 2023 ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension.
4. Priori et al Expert Consensus Statement on Inherited Primary Arrhythmia Syndromes, HRS/ERHA 2013



CẢM ƠN
SỰ CHÚ Ý
CỦA QUÍ VỊ