

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TERMINATING PARAXYSMAL SUPRAVENTRICULAR TACHYCARDIA IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Nguyen Huu Tan¹, Pham Huu Tuan¹, Dao Thi Huong¹, Nguyen Huu Long², Le Tien Vien³, Phan Thi Thanh¹, Dang Ngoc Anh¹, Thai Thi Linh¹

¹Emergency Department – Nghe An Friendship General Hospital - Km5, Lenin Avenue, Vinh Phu Ward, Nghe An Province, Vietnam

²Cardiology Department 1 – Nghe An Friendship General Hospital - Km5, Lenin Avenue, Vinh Phu Ward, Nghe An Province, Vietnam

³Toxicology Department – Nghe An Friendship General Hospital - 1. Km5, Lenin Avenue, Vinh Phu Ward, Nghe An Province, Vietnam

Received: 13/01/2026

Revised: 15/02/2026; Accepted: 05/06/2026

ABSTRACT

Background: Paroxysmal supraventricular tachycardia (PSVT) is a relatively common cardiac arrhythmia in clinical practice. Terminating a PSVT episode is crucial as it helps restore normal heart rhythm and prevents complications such as heart failure and cardiogenic shock, especially in emergency settings.

Objective: To evaluate the results of treatment for terminating paroxysmal supraventricular tachycardia episodes in the Emergency Department of Nghe An General Friendship Hospital.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 73 patients with PSVT at the Emergency Department of Nghe An General Friendship Hospital from January 2023 to June 2024. All patients received PSVT termination treatment according to protocol. Treatment effectiveness was assessed based on the restoration of normal sinus rhythm, hemodynamic improvement, resolution of clinical symptoms, and the absence of tachycardia recurrence.

Results: Patients with PSVT presenting with subjective symptoms such as chest tightness/pain, palpitations, dyspnea, pounding heart, and syncope... Regarding PSVT termination, the success rates were lowest for vagal maneuvers (52.2%), followed by adenosine (66.7%), amiodarone (Cordarone) (91.3%), and electrical cardioversion (100%).

Conclusion: Early detection, diagnosis, and treatment of PSVT in the Emergency Department have been shown to improve clinical outcomes by stabilizing the initial emergency condition. This also facilitates the process of referring patients for electrophysiological study and subsequent catheter ablation of the arrhythmia if indicated

Keywords: Paroxysmal supraventricular tachycardia

*Corresponding author

Email: Drnguyenhuutan1984@gmail.com Phone: (+84) 912999388 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5317



KẾT QUẢ XỬ TRÍ CẮT CƠN NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẮT TẠI KHOA CẤP CỨU – BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Hữu Tân¹, Phạm Hữu Tuấn¹, Đào Thị Hương¹, Nguyễn Hữu Long², Lê Tiến Viện³, Phan Thị Thành¹, Đặng Ngọc Anh¹, Thái Thị Linh¹,

¹Khoa Cấp cứu – Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An - Km5, Đại lộ Lê nin, phường Vinh Phú, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

²Khoa Tim Mạch 1 – Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An - Km5, Đại lộ Lê nin, phường Vinh Phú, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

³Khoa Chống độc – Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An - 1. Km5, Đại lộ Lê nin, phường Vinh Phú, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 15/02/2026; Ngày duyệt đăng: 05/06/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhịp nhanh kịch phát trên thất (NNKPTT) là rối loạn nhịp tim khá thường gặp trên thực tế lâm sàng. Xử trí cắt cơn NNKPTT rất quan trọng vì nó giúp khôi phục nhịp tim bình thường, ngăn ngừa các biến chứng như suy tim và sốc tim, đặc biệt trong các trường hợp cấp cứu.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xử trí cắt cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất tại khoa Cấp cứu – Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 73 BN có rối loạn NNKPTT tại khoa Cấp cứu - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2023 đến 06/2024. Tất cả BN được xử trí cắt cơn NNKPTT theo phác đồ. Kết quả điều trị được đánh giá qua việc phục hồi nhịp xoang bình thường, cải thiện huyết động, các triệu chứng lâm sàng và không tái phát cơn tim nhịp nhanh.

Kết quả nghiên cứu: BN (BN) có cơn NNKPTT có các triệu chứng cơ năng như: đau tức ngực, hồi hộp, khó thở, đánh trống ngực, ngất ... Trong điều trị cắt cơn NNKPTT, tỉ lệ thành công của nghiệm pháp cường phế vị thấp nhất (52,2%), Adenosine (66,7%), Cordarone (91,3%) và sốc điện là 100%. Kết luận: Việc phát hiện chẩn đoán và điều trị sớm cơn NNKPTT tại khoa Cấp cứu đã ghi nhận cải thiện về lâm sàng ổn định tình trạng cấp cứu ban đầu, hỗ trợ trong quá trình điều trị BN được thăm dò điện sinh lý ngay và triệt đốt các rối loạn nhịp nếu có chỉ định.

Từ khóa: Nhịp nhanh kịch phát trên thất.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhịp nhanh kịch phát trên thất (NNKPTT) là rối loạn nhịp tim khá thường gặp trên thực tế lâm sàng. Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Quốc Khánh, tỷ lệ cơn nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất và nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất chiếm tới 57,2% trong số BN nhập viện liên quan đến rối loạn nhịp tim¹. Cơn NNKPTT có thể gây ra những triệu chứng từ mức độ nhẹ đến nặng: hồi hộp, đau tức ngực, hụt hơi, khó thở, chóng mặt, thiu hoặc ngất, thậm chí tử vong. Xử trí cắt cơn NNKPTT rất quan trọng vì nó giúp khôi phục nhịp tim bình thường, ngăn ngừa các biến chứng như suy tim và sốc tim. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Tim mạch Châu Âu (ESC) và Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ/ Hội Tim mạch Hoa kỳ (ACC/AHA), việc nhanh chóng xử trí cắt cơn có thể cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống và giảm tỷ lệ tử vong ở BN mắc NNKPTT.

Khoa Cấp cứu – Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An thường xuyên tiếp nhận và xử trí nhiều BN NNKPTT với lâm sàng đa dạng. Tuy nhiên, chưa có công trình nghiên cứu đầy đủ nhằm đánh giá hiệu quả cắt cơn NNKPTT của các biện pháp điều trị, cho dù đây là một vấn đề hết sức có ý nghĩa

trong thực hành lâm sàng. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Kết quả xử trí cắt cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả BN được chẩn đoán NNKPTT vào khoa Cấp cứu từ tháng 01/01/2023 đến tháng 30/06/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn^{2,3}:

BN từ 16 tuổi có đủ tiêu chuẩn lâm sàng, cận lâm sàng chẩn đoán cơn NNKPTT.

- **Lâm sàng:**

Tiền sử có nhiều cơn hồi hộp trống ngực từ vài phút đến vài giờ

Cơn tim nhanh xuất hiện và kết thúc đột ngột

Ghi nhận cơn tim nhanh khi đến các cơ sở y tế khám.

*Tác giả liên hệ

Email: Drnguyenhuutan1984@gmail.com Điện thoại: (+84) 912999388 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5317

- Điện tim:

Tần số tim nhanh 140 -220 ck/phút, đều.

Sóng P: Sóng P không thấy trong nhiều trường hợp trong vì bị chồng lên hoặc che khuất trong phức bộ QRS hoặc sóng T

- Hình dạng:

Thường khác với sóng P cơ sở vì trình tự khử cực nhĩ trong cơ tim nhanh khác với khử cực nhĩ trong nhịp xoang

Có thể thấy sóng P âm ở các chuyển đạo D2, D3, vF

Vị trí: Sóng P giả sóng S ở D2, D3, avF hoặc giả sóng R ở V1 trong trường hợp cơ NNVLNNT

Sóng P có thể tách khỏi QRS và đi sau QRS, rơi vào đoạn ST hoặc sóng T với khoảng RP < PR

Phức bộ QRS: Thường phức bộ QRS hẹp < 120 ms, hình dạng giống QRS lúc nhịp xoang. Có thể gặp QRS giãn rộng khi:

Nhịp nhanh có Block nhánh từ trước

Nhịp nhanh dẫn truyền lệch hướng

Cơ NNVLNT kiểu Antidromic trong hội chứng WPW

Các thể NNKPTT được xác định dựa trên ECG bề mặt theo hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch Châu Âu (ESC) năm 2019. Các thể bao gồm:

Nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất (AVNRT)

Nhịp nhanh vào lại nhĩ thất (AVRT)

Nhịp nhanh nhĩ (Atrial Tachycardia): Bao gồm cả nhịp nhanh nhĩ đơn ổ (unifocal atrial tachycardia) và đa ổ (multifocal).

Tiêu chuẩn cắt cơn NNKPTT thành công^{2,3}

- Phục hồi nhịp xoang bình thường, tần số thường 60-100 chu kỳ/phút.
- Cải thiện huyết động ở BN có huyết động không ổn định.
- Cải thiện các triệu chứng lâm sàng như hồi hộp trống ngực, đau ngực, khó thở, chóng mặt
- Không tái phát cơn tim nhanh.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Suy tim nặng, bệnh thận mạn giai **đoạn** cuối, xơ gan, các bệnh lý **ác** tính
- Rung nhĩ, cuồng nhĩ, ngoại tâm thu thất dày
- BN có các bệnh lý nặng khác kèm theo như sốc nhiễm khuẩn, sốc tim, nhồi máu cơ tim cấp...
- BN và gia **đình** không **đồng** ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 06 năm 2024 tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện

Cỡ mẫu: toàn bộ BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu (n=73)

Quy trình nghiên cứu:

Người bệnh có đủ các tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu, quy trình khám lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị theo phác đồ thống nhất:

+ Khám lâm sàng:

BN được khai thác tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng kỹ lưỡng để chẩn đoán xác định, đánh giá toàn trạng chung, các chỉ số sinh tồn như ý thức, mạch, huyết áp, tần số thở, bão hòa oxy hóa máu (SpO2)... cũng như các triệu chứng khác.

Tình trạng huyết động khi nhập viện:

Huyết động không ổn định: BN được xác định là có huyết động không ổn định khi có ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- + Tụt huyết áp: huyết áp tâm thu < 90 mmHg (hoặc giảm > 30 mmHg so với huyết áp nền ở BN có tăng huyết áp).
- + Rối loạn tri giác: vật vã, kích thích, lơ mơ, ngất.
- + Đau ngực dữ dội, kéo dài.
- + Dấu hiệu suy tim cấp: khó thở nhiều, phù phổi cấp (ran ẩm, SpO₂ giảm), tĩnh mạch cổ nổi.
- + Co giật do thiếu máu não cục bộ.

Huyết động ổn định: BN không có bất kỳ dấu hiệu nào kể trên.

+ Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: công thức máu, sinh hoá máu
- Điện tim đồ trước và sau xử trí cắt cơn.
- Xquang ngực thẳng, siêu âm Doppler tim.
- Kết quả thăm dò điện sinh lý (nếu có).

+ Điều trị:

Theo phác đồ điều trị của bệnh viện HNĐK Nghệ An, Bộ Y tế đã được ban hành.

Trường hợp NNKPTT có huyết động không ổn định: BN có tụt huyết áp (huyết áp tâm thu < 90 mmHg); rối loạn tri giác, co giật; chân tay lạnh; đau thắt ngực, phù phổi cấp: tiến hành sốc điện cấp cứu cắt cơn nhịp nhanh ngay.

Trường hợp NNKPTT huyết động ổn định: Các phương pháp được áp dụng tuân thủ theo phác đồ: Các thủ thuật cường phế vị -> nếu thất bại tiến hành sử dụng các thuốc cắt cơn: adenosine, amiodarone -> tiếp tục thất bại: sốc điện chuyển nhịp.

- Các phương pháp bao gồm:

Nghiệm pháp cường phế vị: Các nghiệm pháp được áp dụng: động tác Valsalva, xoa xoang cảnh, ấn nhãn cầu

-> Ghi nhận loại nghiệm pháp và kết quả (thành công/thất bại).

Thuốc đường tĩnh mạch:

Adenosine:

Liều dùng: Tiêm tĩnh mạch 1 ống - 6 mg trong 2-3 giây, sau đó tiêm thêm 20ml dung dịch NaCl 0,9%. Nếu không kết quả sau 2-3 phút tiêm liều thứ 2 (6mg) hoặc thứ 3 (12mg).

Amiodarone (Cordarone):

Liều dùng: • Tiêm tĩnh mạch chậm: Pha 1 ống (150 mg) + 20 ml huyết thanh đẳng trương tiêm tĩnh mạch chậm trong 10 phút.

• Truyền tĩnh mạch: 0.2 ống (300 mg) pha trong 100-150 ml huyết thanh đẳng trương truyền TM nhanh trong khoảng 60 phút.

Sốc điện chuyển nhịp:

- Các cơn tim nhanh trên thất huyết động không ổn định cần phải cắt cơn ngay.
- Các thuốc adenosin, amiodarone có chống chỉ định hoặc không có hiệu quả.
- Các biện pháp và thuốc khác không hiệu quả.

- Sốc đồng bộ, bắt đầu với năng lượng điện 50 - 100 J, khi cần sẽ tăng.
- Không sốc điện nếu có nhiễm độc digitalis hoặc nhịp nhanh nhĩ bị block nghi do ngộ độc digitalis

Phương pháp cuối cùng: Phương pháp giúp BN chuyển về nhịp xoang được ghi nhận là phương pháp thành công cho BN đó.

- Thời gian theo dõi tái phát:

Tất cả BN sau khi xuất viện được theo dõi trong suốt thời gian nghiên cứu (từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024). Thời gian theo dõi trung bình được tính từ ngày nhập viện đến ngày kết thúc nghiên cứu (30/06/2024).

Tái phát được định nghĩa là BN quay lại khoa Cấp cứu vì một cơn NNKPTT khác, được ghi nhận trên ECG, sau khi đã được xuất viện từ lần nhập viện trước.

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, Exel 2016

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu khoa học của Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An xem xét và chấp thuận trước khi triển khai. Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ mục tiêu, nội dung và quyền lợi, đồng thời tự nguyện tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=73)

Thông số		Đặc điểm	n (%)	p
Giới	Nam		32 (43,8)	p > 0,05
	Nữ		41 (56,2)	
Nhóm tuổi	<60t		37 (50,7)	p > 0,05
	≥60t		36 (49,3)	
Tuổi trung bình $\bar{X} \pm SD$ (Nhỏ nhất - Lớn nhất)			56,6 ± 17,2 (16 - 99)	

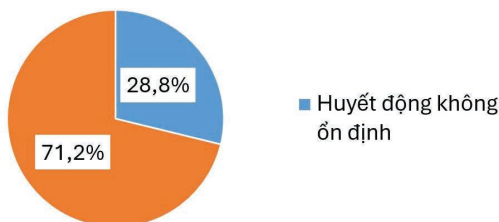
Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 56,6±17,2, tỉ lệ BN trên và dưới 60t không có sự khác biệt. Nữ giới chiếm tỉ lệ cao hơn nam giới (56,2% so với 43,8%).

Bảng 2. Số lần nhập viện có cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất (n=73)

Số lần nhập viện	Số BN	Tỉ lệ (%)
01 lần	59	80,8%
02 lần	14	19,2%
Tổng	73	100%

Nhận xét: Trong thời gian nghiên cứu, có 59 (80,8%) bệnh vào viện 01 đợt vì cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất chiếm tỉ lệ cao nhất.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 1. Đặc điểm tình trạng huyết động (n=73)

Nhận xét: Tỉ lệ BN có huyết động không ổn định là 28,8%

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng ở BN có cơn NNKPTT (n=73)

Triệu chứng	Huyết động ổn định (n = 52)	Huyết động không ổn định (n=21)	Tổng n = 73	p
Hồi hộp trống ngực	94,2%	100%	95,9%	0,552
Khó thở	73,1%	85,7%	76,7%	0,362
Đau hoặc tức ngực	65,4%	66,7%	65,8%	0,917
Hoa mắt chóng mặt	13,5%	23,8%	16,4%	0,308
Xiu hoặc ngất	1,9%	4,8%	2,7%	0,495

Nhận xét: Các triệu chứng cơ năng có tỉ lệ cao hơn ở nhóm huyết động không ổn định, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.3. Hiệu quả cắt cơn NNKPTT của các phương pháp điều trị

Bảng 4. Tỉ lệ các phương pháp điều trị cắt cơn và hiệu quả (n=73)

Phương pháp điều trị	Số ca (n - %)*	Tỉ lệ cắt cơn thành công (%)
Thủ thuật cường phế vị	23 (31,5%)	52,2%
Dùng thuốc	Adenosine 3 (4,1%)	66,7%
	Cordarone 23 (31,5%)	91,3%
Sốc điện chuyển nhịp	35 (48,0%)	100%
Tự cắt cơn	1 (1,4%)	100%
Lập trình	1 (1,4%)	100%

(*: Một bệnh nhân có thể phải thực hiện nhiều hơn 01 phương pháp điều trị)

Nhận xét: Tỉ lệ của các phương pháp điều trị: thu 'thuật cường phế vị (31,5%), Adenosine (4,1%), Cordarone 31,5%, sốc điện (48,0%). Tỉ lệ thành công của nghiệm pháp cường phế vị thấp nhất (52,2%), Adenosine (66,7%), Cordarone (91,3%), sốc điện là 100%. Không ghi nhận biến chứng.

Bảng 5. Thay đổi nhịp tim - huyết áp trước và sau cắt cơn (n=73)

Các thông số	Trước	Sau	p
Nhịp tim	180,0 ± 17,7	90,5 ± 15,5	p < 0,001
Huyết áp tâm thu	97,7 ± 20,5	110,3 ± 12,2	p < 0,001
Huyết áp tâm trương	59,2 ± 12,8	66,7 ± 6,9	p < 0,001
Huyết áp trung bình	72,0 ± 15,0	81,2 ± 8,1	p < 0,001

Nhận xét: Sau cắt cơn NNKPTT, nhịp tim giảm và các chỉ số huyết áp cải thiện rõ rệt, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

4. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập 73 BN NNKPTT được điều trị tại khoa Cấp cứu - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tuổi trung bình của nhóm BN là 56,6 ± 17,2, với độ tuổi trải dài từ 16 đến 99 tuổi, cho thấy rằng

nhịp nhanh kịch phát trên thất có thể ảnh hưởng đến nhiều độ tuổi khác nhau. Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nữ giới cao hơn nam giới (56,2% so với 43,8%), tuy nhiên, khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4.2 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 21 BN (28,8%) có huyết động không ổn định trong cơn NNKPTT, chủ yếu là có huyết áp tụt, một số ít có tình trạng đau ngực nhiều, rối loạn ý thức (4,1%). Các chỉ số huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương và nhịp tim của nhóm BN huyết động không ổn định đều thấp hơn rõ rệt so với nhóm có huyết động ổn định ($p < 0,001$). Ở nhóm huyết động không ổn định, tần số tim quá nhanh làm giảm thời gian đổ đầy thất, dẫn đến giảm thể tích nhát bóp và cung lượng tim, trong khi đó cơ chế bù trừ co mạch ngoại vi không đủ để duy trì huyết áp.

Triệu chứng cơ năng phổ biến nhất ở các BN là hồi hộp trống ngực (95,9%), đau ngực (65,8%), và khó thở (76,7%), chóng mặt (16,4%), xỉu hoặc ngất (2,7%). Nghiên cứu của Lương Cao Sơn (2023), tỉ lệ của các triệu chứng như mệt (86,0%), hồi hộp trống ngực (82,2%), tức nặng ngực (27,1%), ngất (4,7%)⁴. Các triệu chứng này là đặc trưng của cơn NNKPTT, và sự hiện diện của chúng không khác biệt đáng kể giữa các nhóm BN có huyết động ổn định và không ổn định^{2,3}.

4.3 Hiệu quả cắt cơn NNKPTT của các phương pháp điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được điều trị cắt cơn NNKPTT bằng nghiệm pháp cường phế vị là 23 (31,5%), thuốc Adenosine là 3 (4,1%), thuốc Cordarone là 23 (31,5%), sốc điện chuyển nhịp là 35 (48,0%). Chúng tôi ghi nhận có 1 BN tự cắt cơn và 1 BN được xử trí bằng lập trình vi tính với máy tạo nhịp vĩnh viễn.

Thủ thuật cường phế vị

Các thủ thuật cường phế vị được sử dụng đầu tiên trong hầu hết các trường hợp NNKPTT khi BN có huyết động ổn định. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thủ thuật cường phế vị (hầu hết là động tác ấn nhân cầu) là phương pháp điều trị đầu tiên được áp dụng cho 23 BN (31,5%) và đạt tỷ lệ cắt cơn thành công 52,2%. Tỷ lệ thành công thấp nhất trong số các phương pháp điều trị, cho thấy hạn chế của nó trong việc cắt cơn NNKPTT, đặc biệt ở những BN có bệnh lý tim mạch nặng kèm theo, cơn nặng hơn hoặc những trường hợp tái phát.

Sử dụng thuốc

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thuốc chống loạn nhịp được sử dụng trong 26 ca (35,6%), trong đó số ca sử dụng adenosine và amiodarone trong phương pháp điều trị đầu tiên lần lượt là 2 và 23, có 1 ca sử dụng adenosine sau thủ thuật cường phế vị thất bại. Trong 3 ca sử dụng adenosine, có 2 (66,7%) ca cắt cơn thành công sau tiêm tĩnh mạch nhanh 6mg thuốc, một ca chuyển qua sốc điện chuyển nhịp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng BN được điều trị cắt cơn bằng adenosine không nhiều, liên quan đến sự sẵn có của thuốc trong tủ trực khoa Cấp cứu cũng như giá thành cao của nó.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 23 BN (31,5%) được sử dụng Cordarone (amiodarone) ở phương pháp điều trị đầu tiên, tỉ lệ cắt cơn NNKPTT thành công là 91,3%, có 2 BN (8,7%) không cắt cơn được chuyển nhịp bằng sốc điện.

Trong nhóm BN điều trị bằng Cordarone, có 5 BN được tiến hành thăm dò điện sinh lý, trong đó chỉ có 2 trường hợp gây thành cơn cơNNVLNNT và 3 BN không gây được cơn. Nghiên cứu của Patricia (2007) cũng đã chỉ ra rằng amiodarone có thể gây ra tình trạng ức chế tim kéo dài, làm giảm khả năng phát hiện cơn nhịp trong các thủ thuật thăm dò điện sinh lý⁵.

Sốc điện chuyển nhịp

Sốc điện chuyển nhịp là phương pháp điều trị có hiệu quả cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, với tỷ lệ thành công 100% trên tất cả 35 BN được sốc điện, trong đó có 22 BN chỉ định sốc điện ở phương pháp điều trị đầu tiên, 13 BN chỉ định sau thất bại các biện pháp khác. Sốc điện chuyển nhịp được công nhận rộng rãi là một trong những phương pháp điều trị hiệu quả nhất để cắt cơn NNKPTT, chỉ định cho những BN có huyết động không ổn định hoặc các trường hợp không đáp ứng với các biện pháp điều trị khác. Tuy nhiên, sốc điện không phải là vô hại. Năng lượng quá cao có thể gây ra tổn thương cơ tim, dòng điện mạnh có thể làm bỏng, viêm hoặc hoại tử một vùng cơ tim, về lâu dài làm giảm chức năng bơm máu của tim. Vì vậy, sốc điện với mức năng lượng thấp nhất có thể để vừa cứu sống bệnh nhân, vừa giảm tối đa tổn thương.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc phát hiện chẩn đoán và điều trị sớm cơn NNKPTT tại khoa Cấp cứu đã ghi nhận tỉ lệ phục hồi nhịp xoang cao, cải thiện về lâm sàng và tình trạng huyết động, góp phần ổn định tình trạng cấp cứu ban đầu của bệnh nhân

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phạm Quốc Khánh (2002). Nghiên cứu điện sinh lý học tim qua đường tĩnh mạch trong chẩn đoán và điều trị một số rối loạn nhịp tim. *Luận Án Tiến Sĩ Học Đại Học Hà Nội*.
- [2] Brugada J., Katritsis D.G., Arbelo E., et al. (2020). 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 41(5), 655–720. doi: 10.1093/eurheartj/ehz467.
- [3] Page R.L., Joglar J.A., Caldwell M.A., et al. (2016). 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*, 133(14). doi: 10.1161/CIR.0000000000000310.
- [4] Lương Cao Sơn, Tôn Thất Minh, Đặng Vĩnh Phước (2023). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điện sinh lý nhịp nhanh kịch phát trên thất ở người cao tuổi tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp Chí Học Cộng Đồng*, 64(3), 125–132. doi:10.52163/yhc.v64i3.653.
- [5] Vassallo P. and Trohman R.G. (2007). Prescribing Amiodarone: An Evidence-Based Review of Clinical Indications. *JAMA*, 298(11), 1312. doi:10.1001/jama.298.11.1312.