

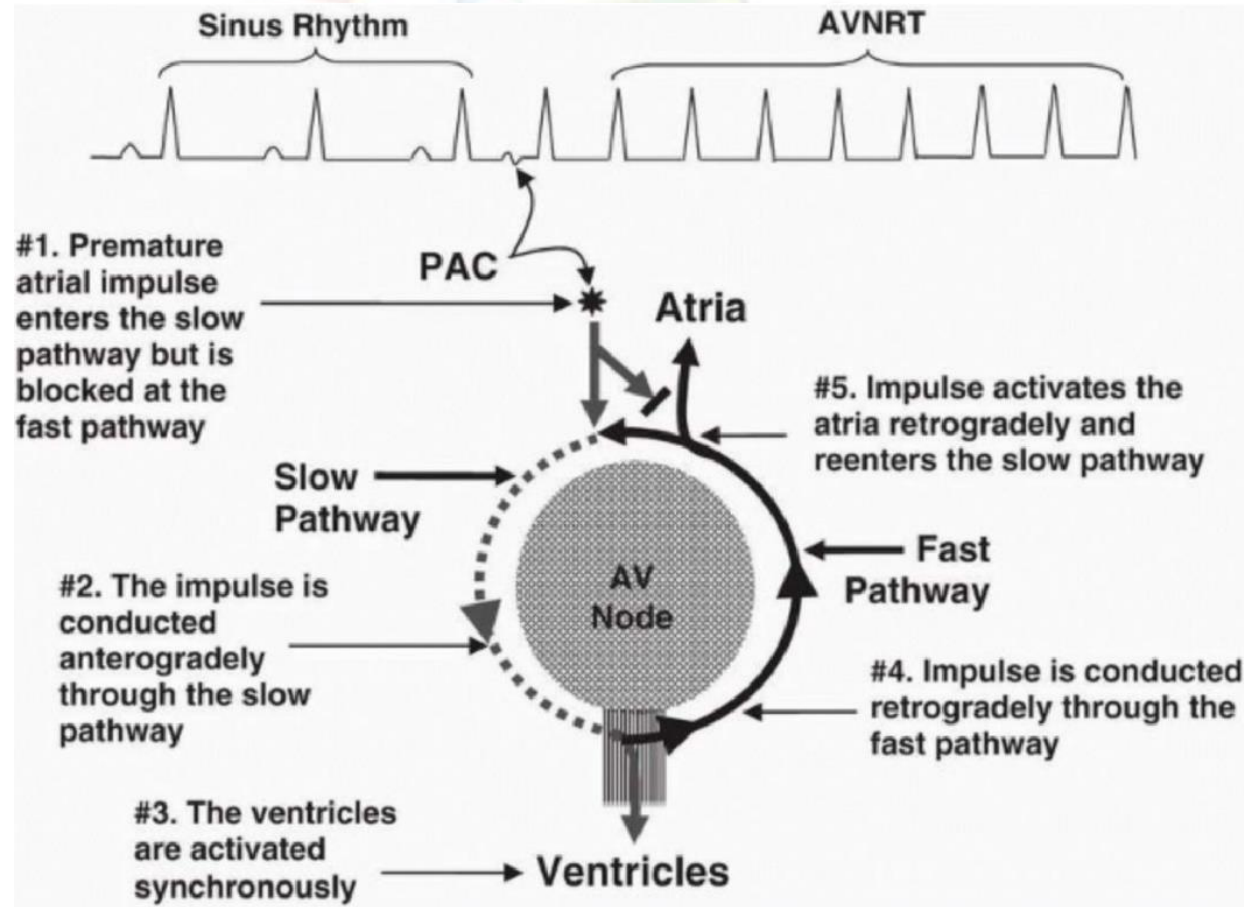


Ca lâm sàng đốt AVNRT

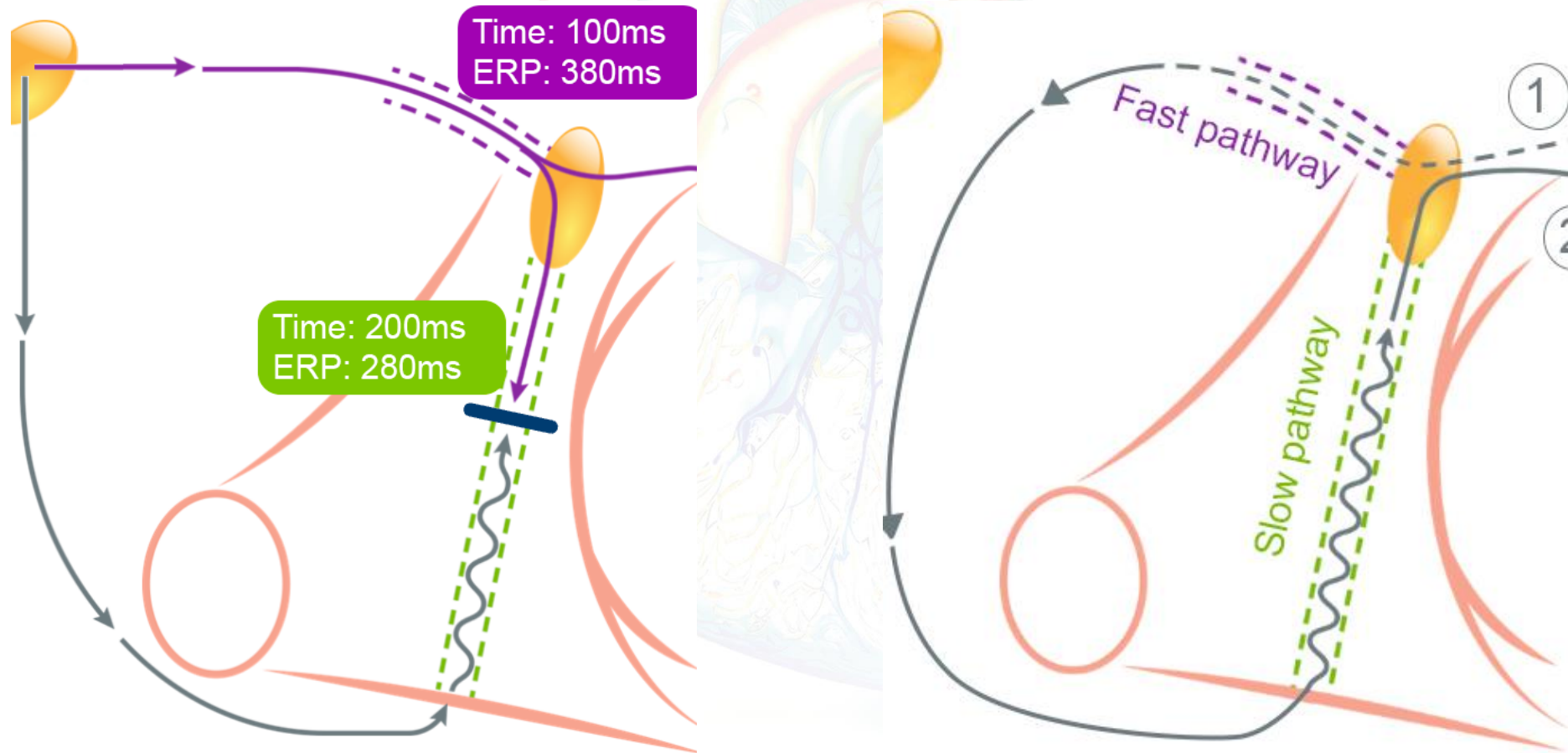
Bs Lê Trường Thọ

Bệnh viện đa khoa Kiên Giang

Cơ chế bệnh sinh



Tốc độ dẫn truyền đường nhanh nhanh hơn nhưng thời gian trễ kéo dài hơn và ngược lại với đường chậm



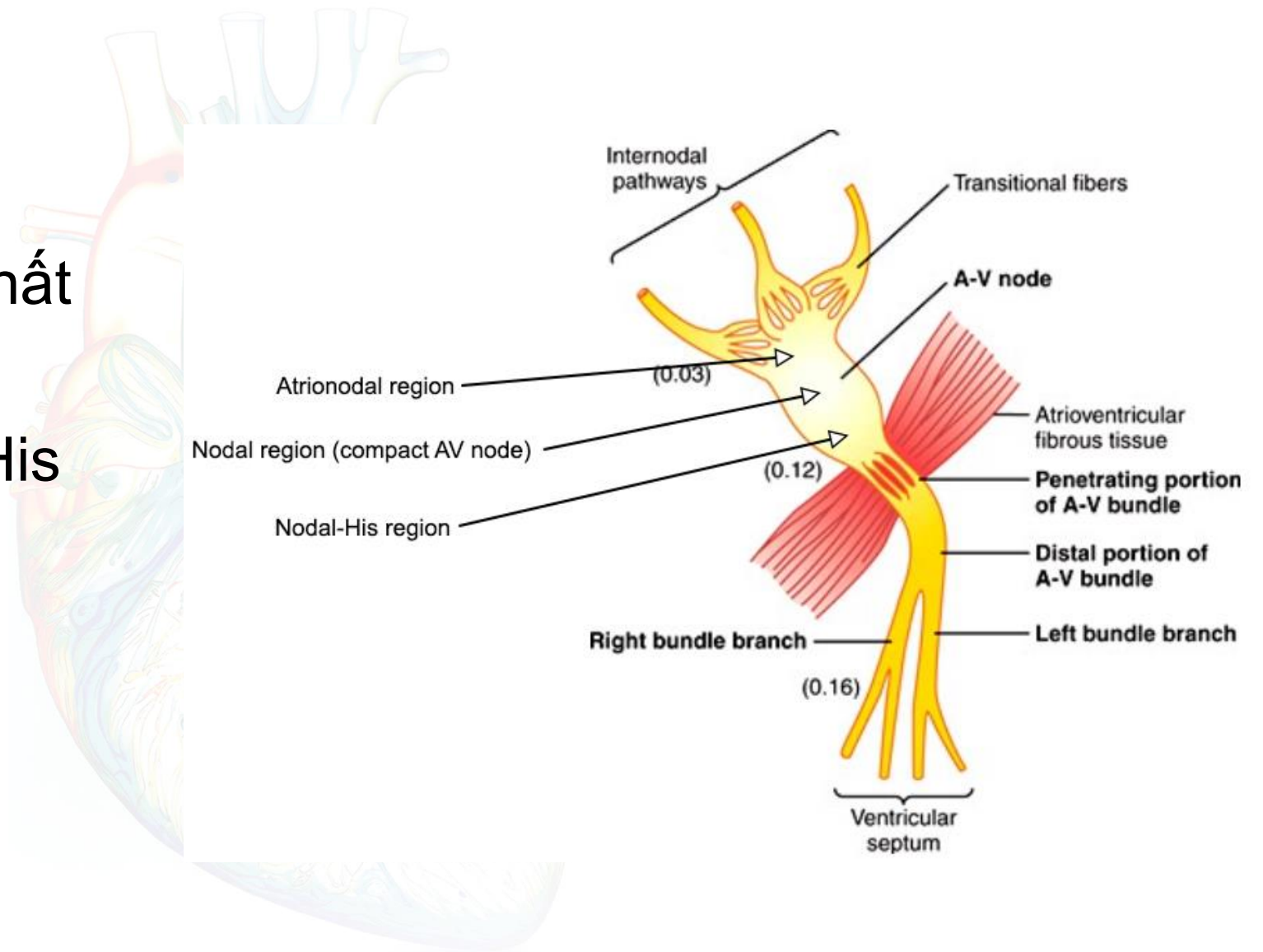
Nút nhĩ thất

Chia ra làm 3 vùng:

Vùng nhĩ – nút nhĩ thất

Vùng nút nhĩ thất

Vùng nút nhĩ thất - His



Nút nhĩ thất

5 con đường nối với nút nhĩ thất

- 1 con đường nhanh (Fast Pathway: FP) luôn tồn tại

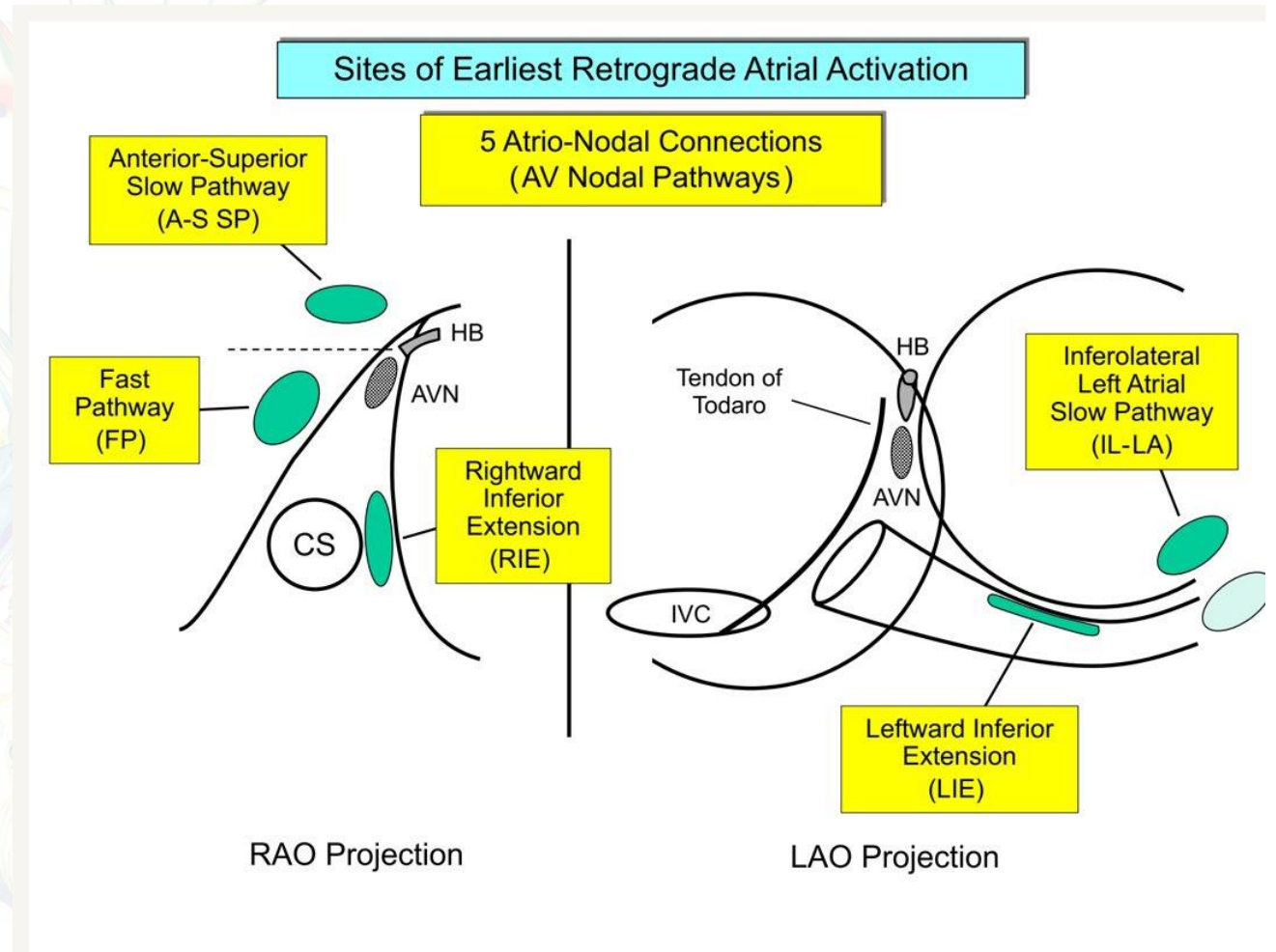
- 4 con đường chậm (Slow Pathway):

+ Rightward Inferior Extension of the AV Node (10-35%)

+ Leftward Inferior Extension of the AV Node (1-5%)

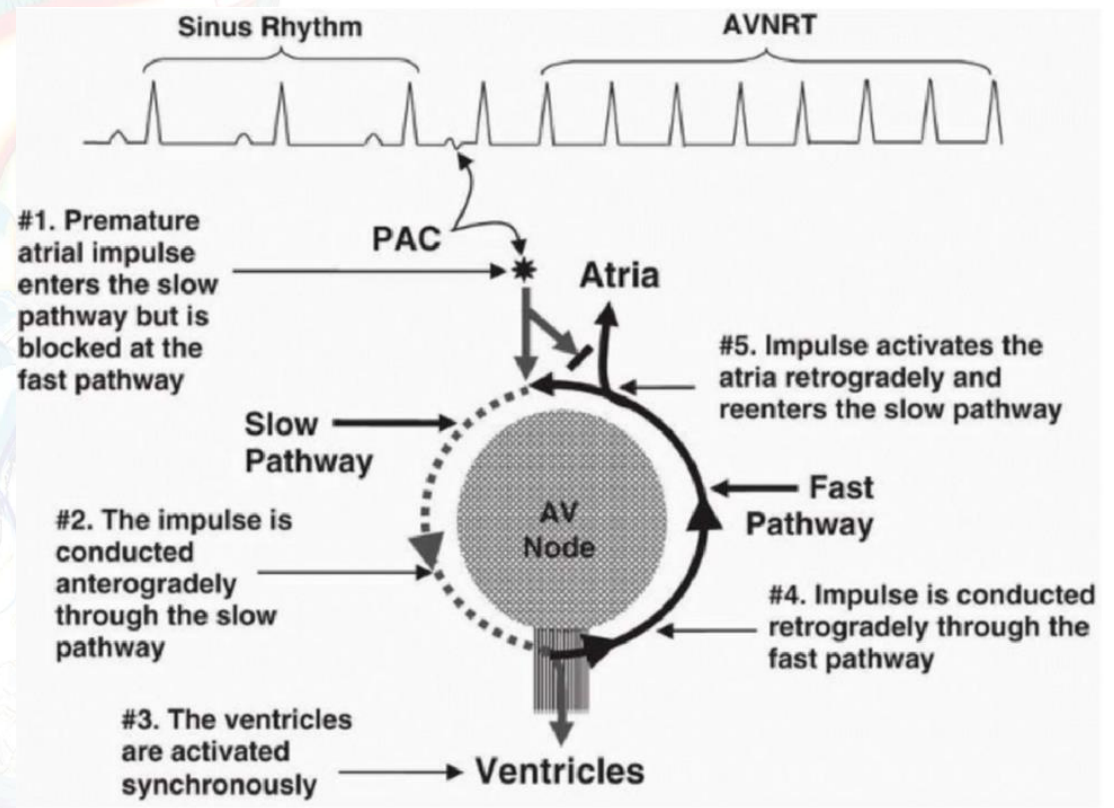
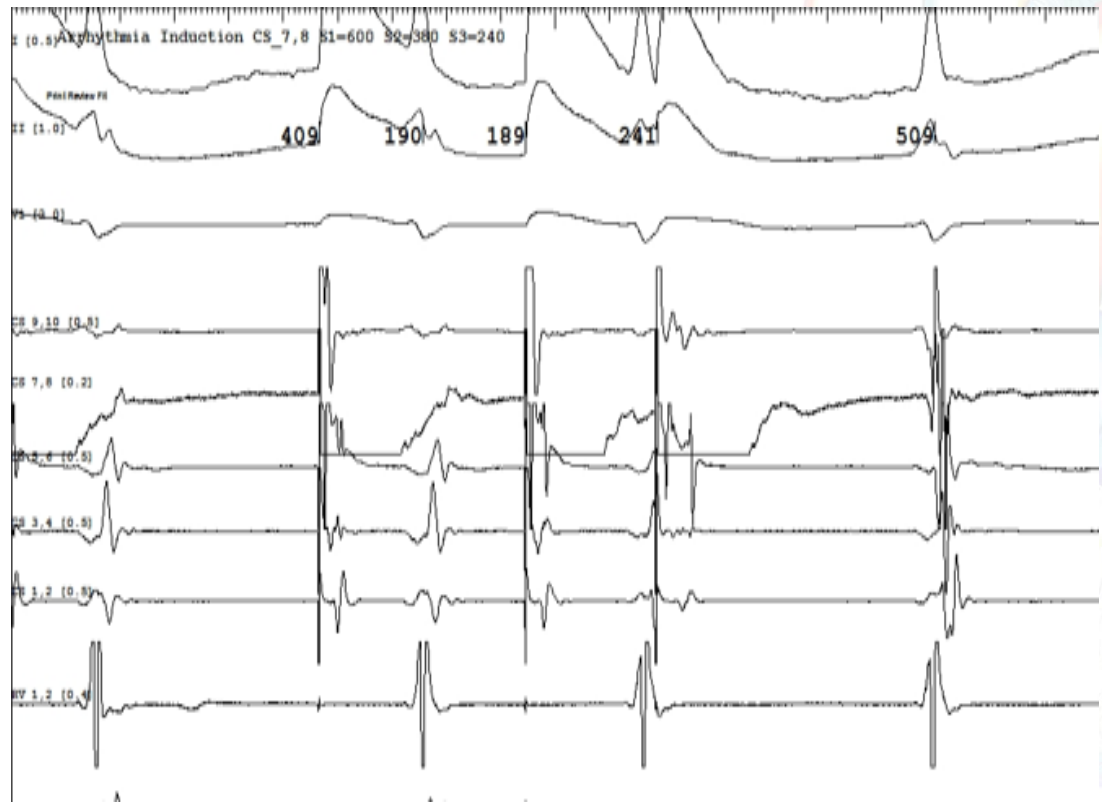
+ Inferolateral Left Atrial Slow Pathway

+ Anterior Superior Slow Pathway



Thăm dò điện sinh lý

Echo

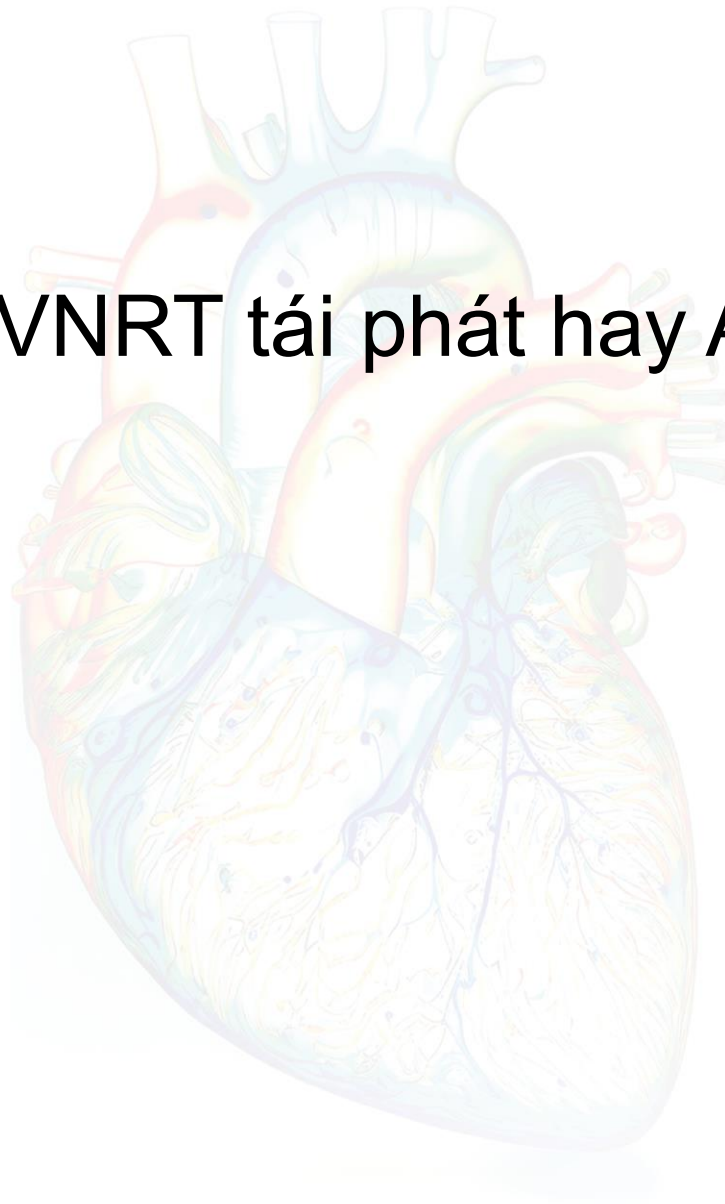


Ca lâm sàng

- Bệnh nhân nam 51 tuổi nhập viện vì hồi hộp, tim đập nhanh thường xuyên, ghi nhận điện tim nhịp nhanh kịch phát trên thất => Nhập viện
- Tiền sử:
 - Nhịp nhanh kịch phát trên thất đã RFA # 1 năm (AVNRT khi cắt đốt có hiện tượng AH Jump và Echo, không lên cơn nhịp nhanh khi thăm dò)
 - Tăng huyết áp; Đái tháo đường type 2



AVNRT tái phát hay AT, AVRT



Lần thủ thuật đầu tiên

1. Cơn nhịp nhanh là Atypical AVNRT ($VA > 70\text{ms}$).
 2. Vùng đường chậm bên phải đã cắt đốt gần hoàn toàn.
 3. Cắt đốt không hiệu quả do Power không đạt (10-16W): Một hai vị trí đáy tam giác Koch và trong xoang vành.
 4. Thăm dò thấy sóng nhĩ sớm nhất cơn nhịp nhanh ở vị trí sau vách trái.
 5. Tiếp cận ngược dòng đốt đường chậm bên trái không thành công do catheter cắt đốt không thích hợp.
- => Quyết định ngưng thủ thuật.



1. Các vị trí đáy tam giác Koch cắt đốt không hiệu quả hay là đường chậm bên trái ?

2. Nếu đường chậm bên trái thì cắt đốt trong xoang vành, ngược dòng hay xuyên vách ?

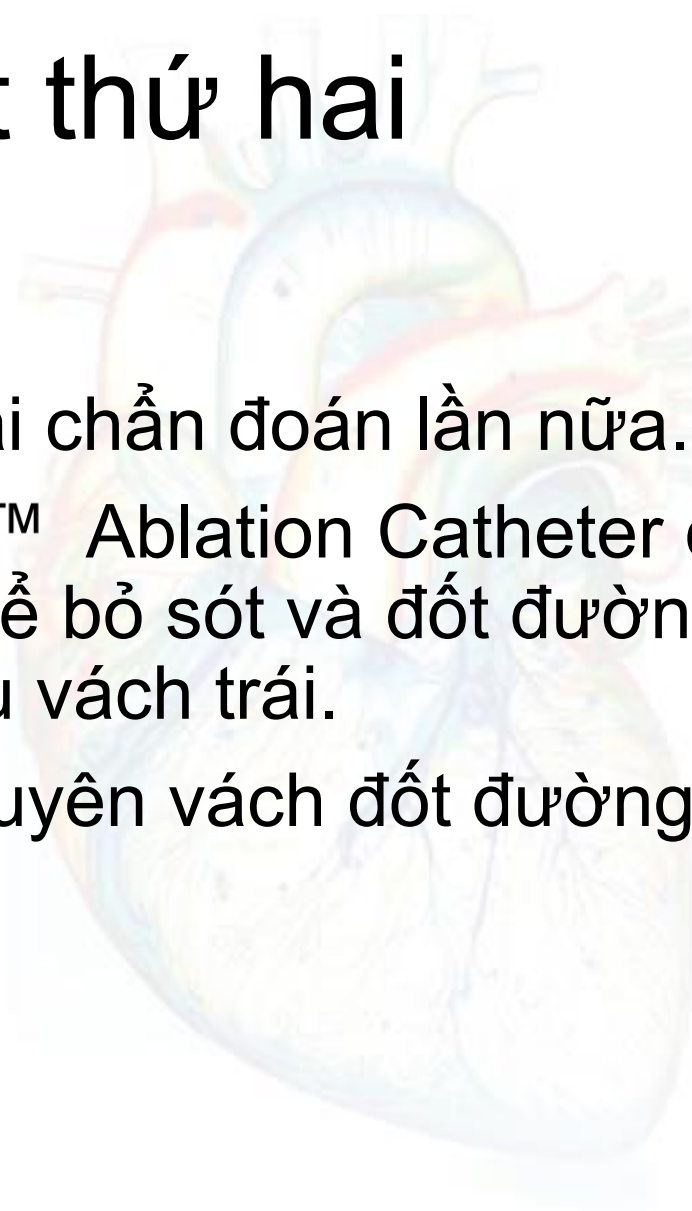
Lần thủ thuật thứ hai

Kế hoạch:

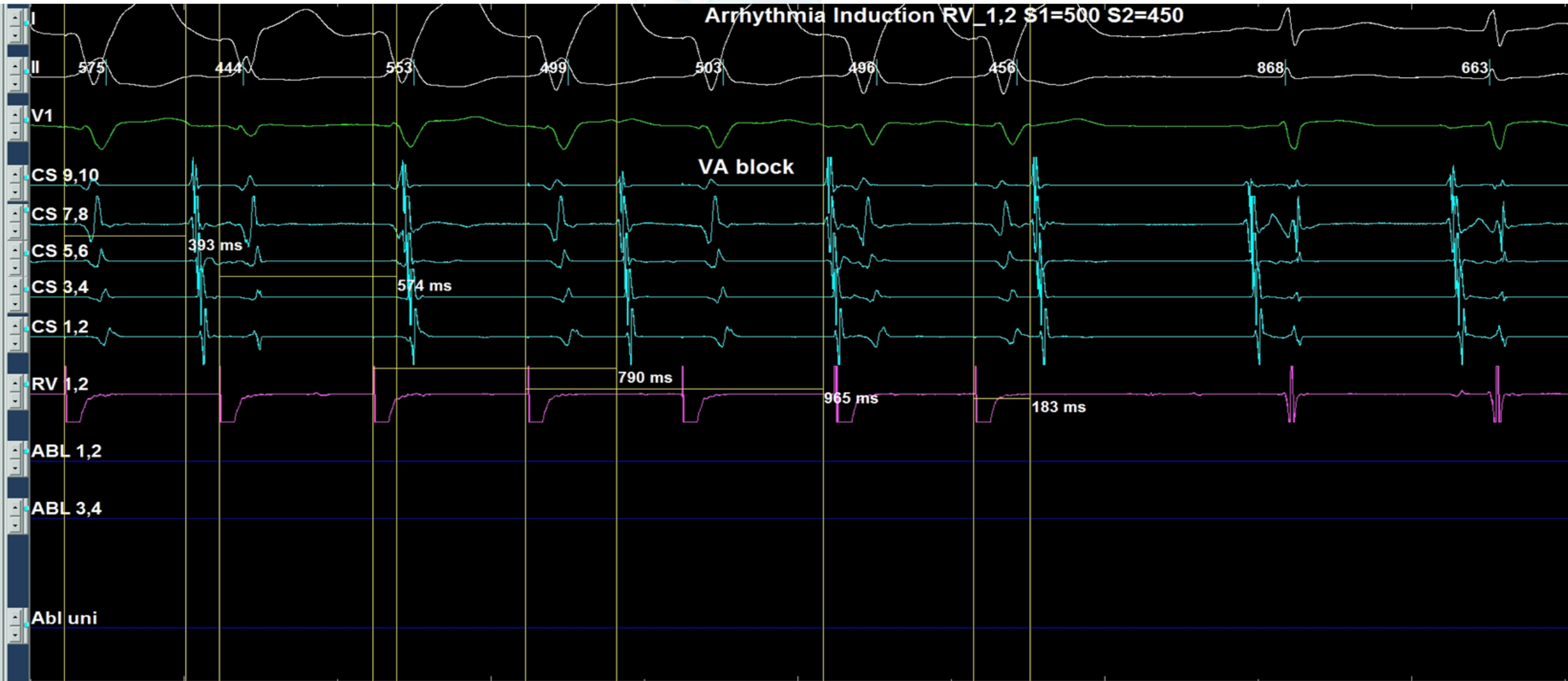
Thăm dò đánh giá lại chẩn đoán lần nữa.

Sử dụng FlexAbility™ Ablation Catheter cắt đốt các vị trí đường chậm bên phải có thể bỏ sót và đốt đường chậm bên trái trong xoang vành vị trí sau vách trái.

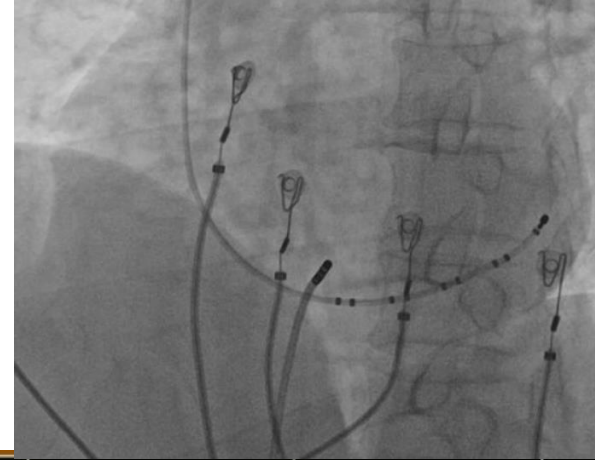
Ngược dòng hoặc xuyên vách đốt đường chậm bên trái nếu bên phải thất bại.



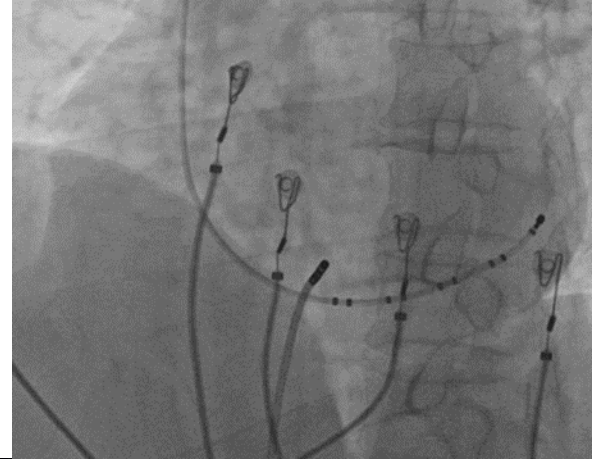
V-A Block Bust 500ms



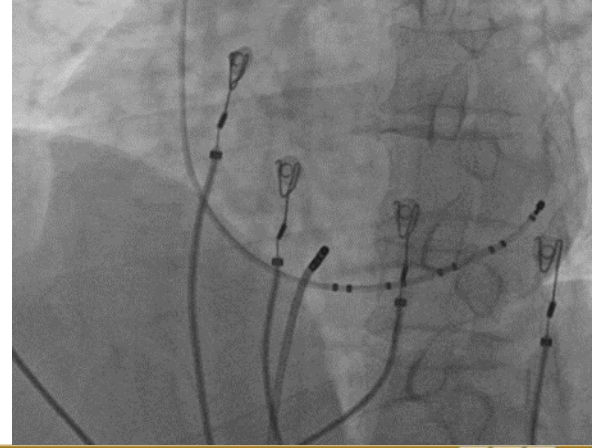
Khảo sát ghi nhận có hiện tượng AH Jump + Echo ở kích thích CS5,6 500/400/420ms

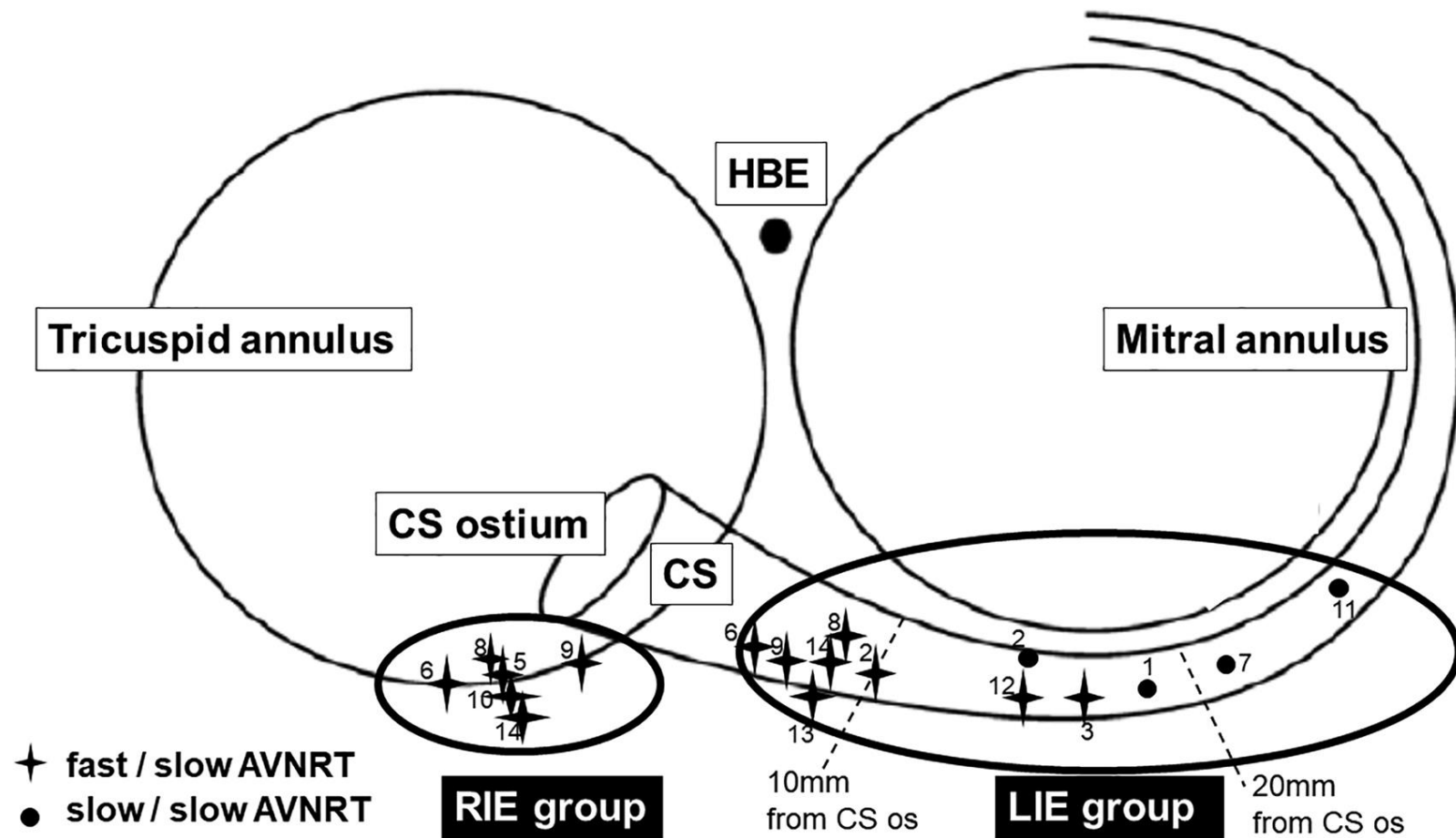


Bust CS5,6 320ms lên cơn nhịp nhanh Atypical AVNRT dạng Fast-Slow (VA:97ms, AH/HA < 1)

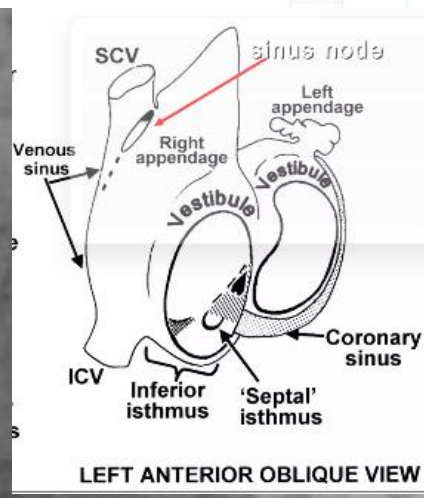
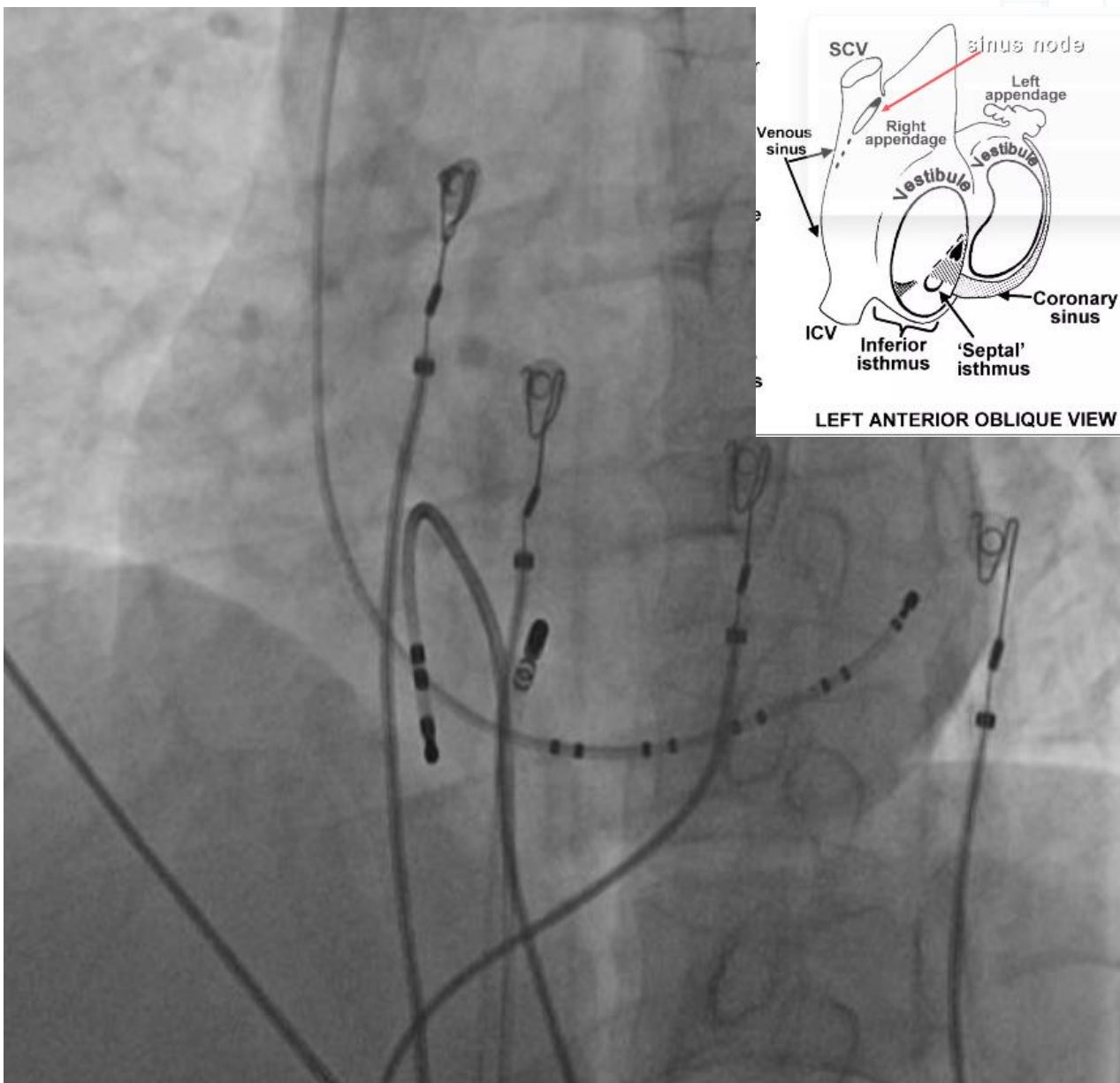


Kích thích lên cơ n nhịp nhanh
CL:310ms => Loại trừ AVRT do VA
block ở 500ms

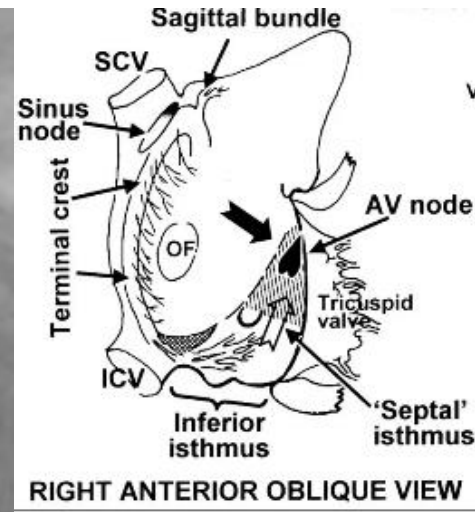
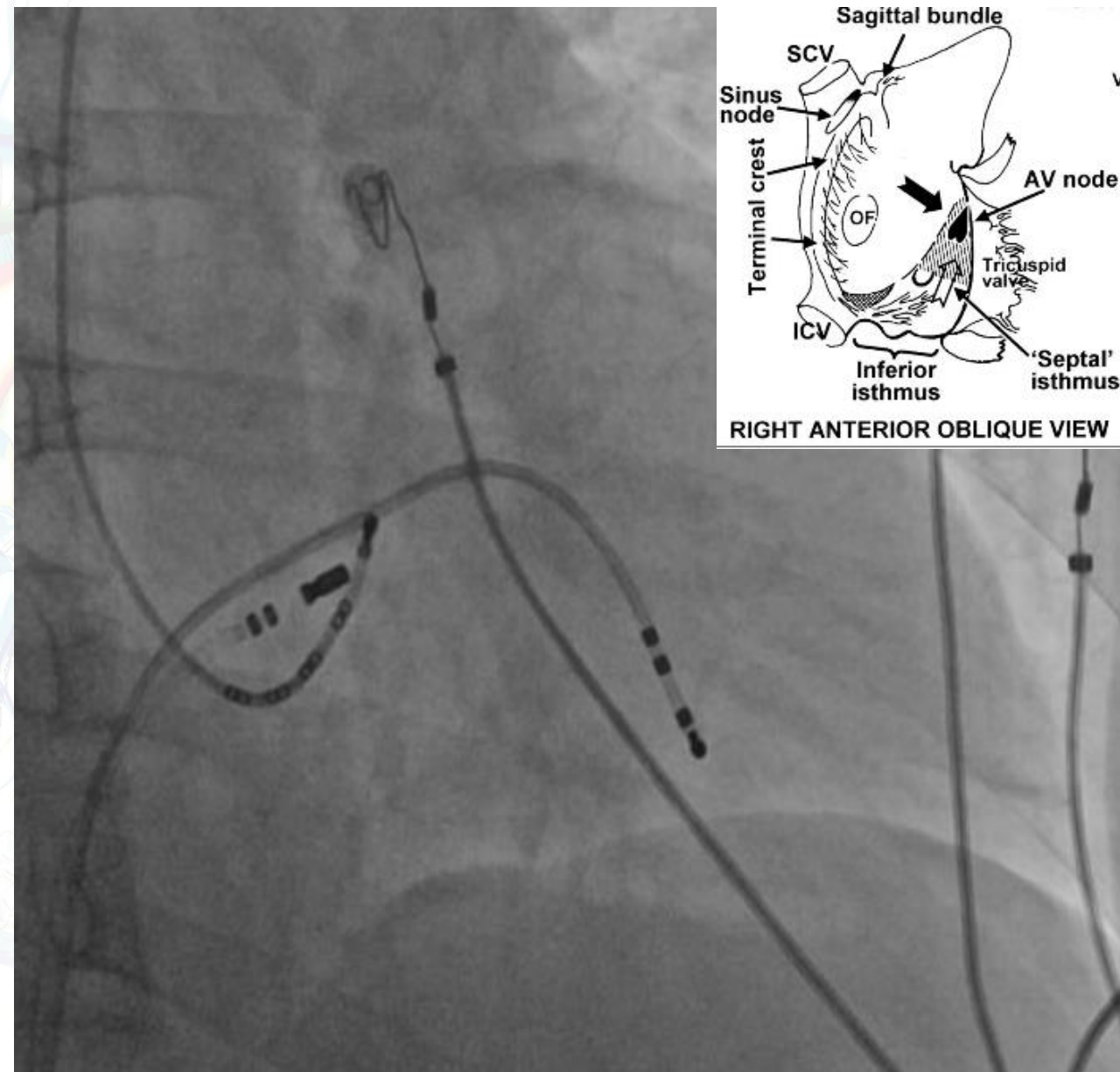




HIS LAO 30°



HIS RAO 30°



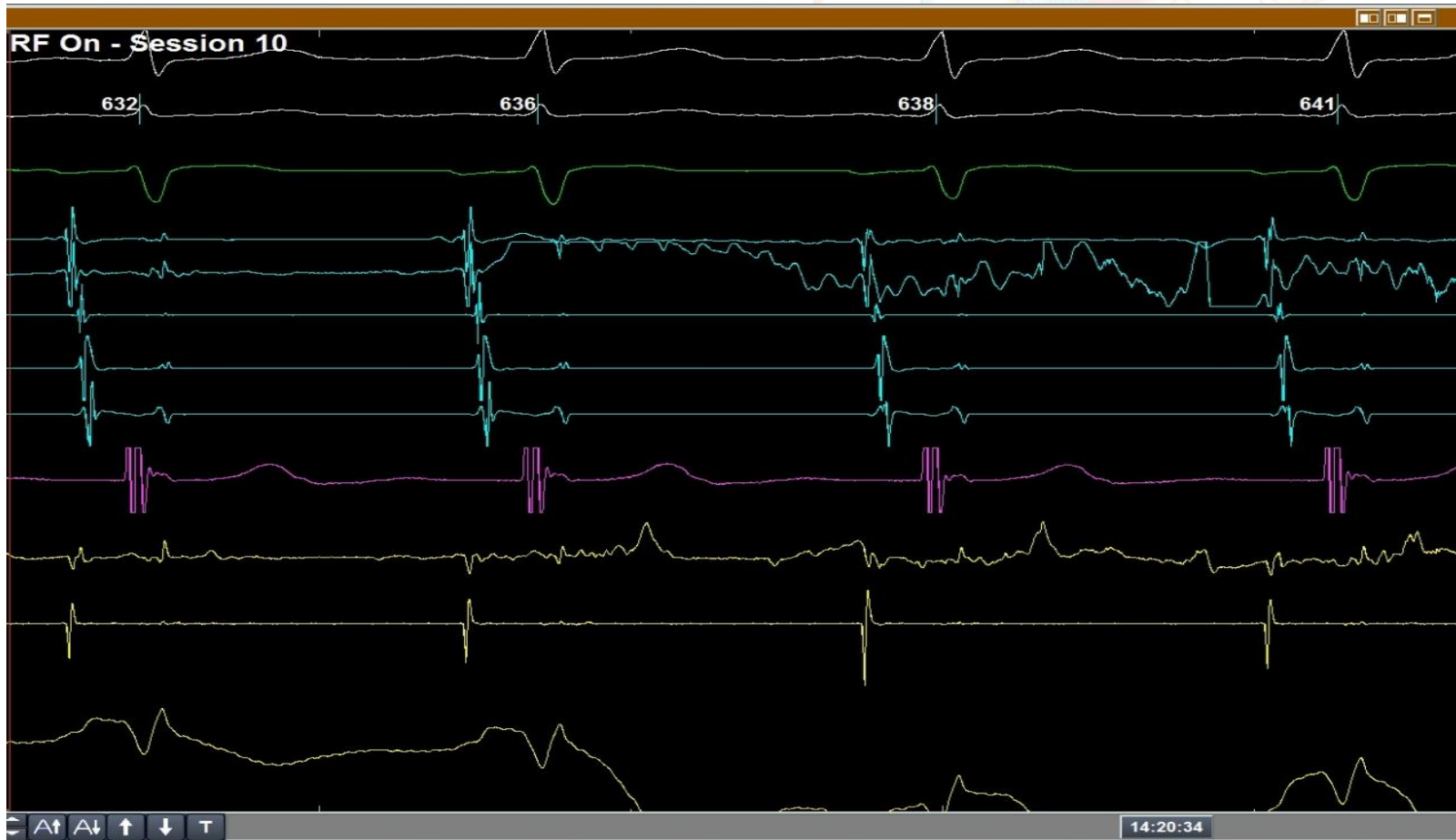
CAG CRANIAL 30°



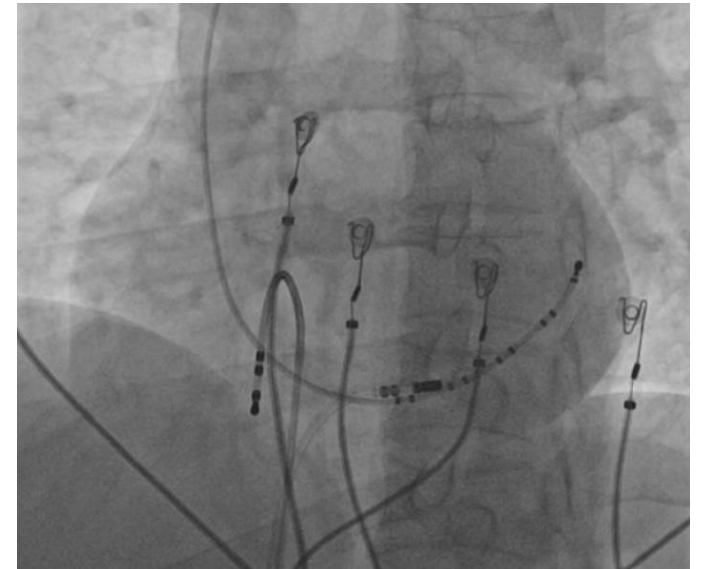
CAG RAO CAUDAL



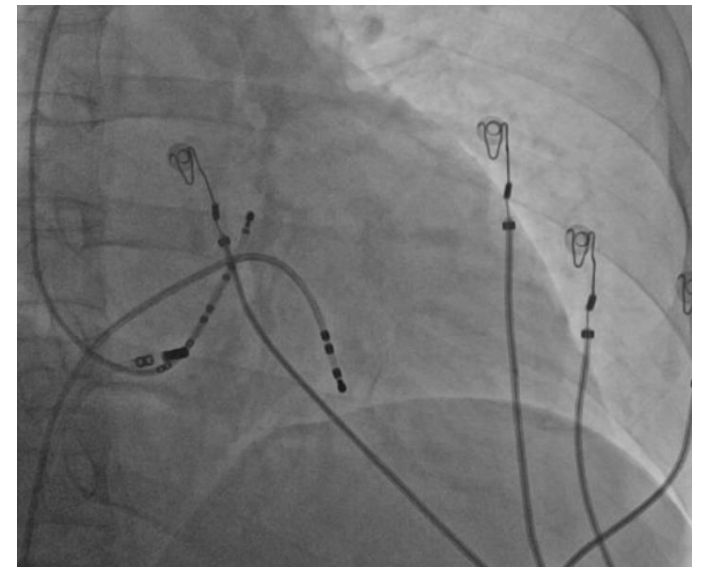
RFA 30W, 60°C, 60s

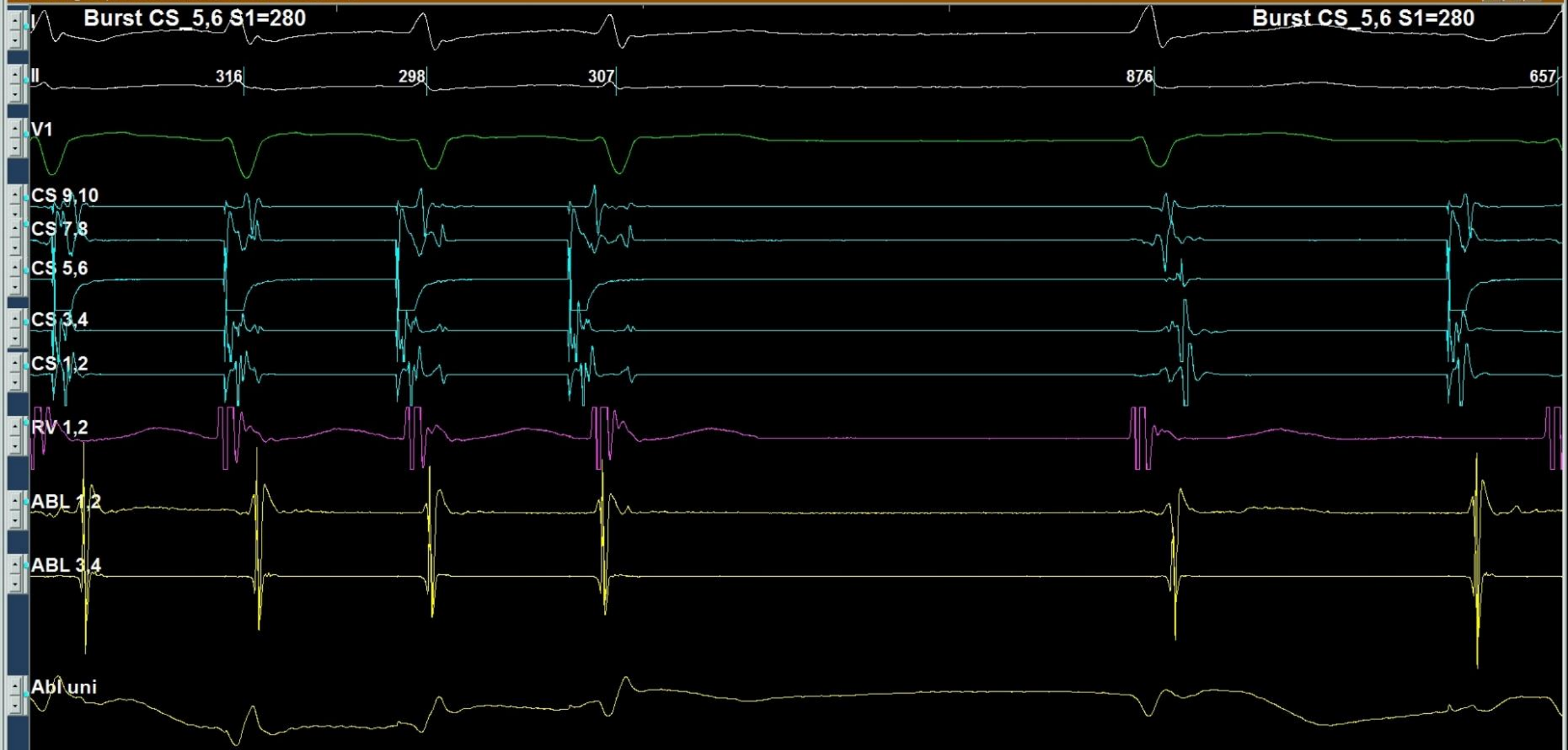


LAO 30°



RAO 30°





TAKE-HOME MESSAGES

- AVNRT với đường chậm bên trái không phải là hiếm gặp. Dựa vào điện thế sóng nhĩ ngược dòng trong cơn nhịp nhanh có thể gợi ý được vị trí đường chậm.
- Vị trí cắt đốt lỗ xoang vành và trong xoang vành có thể không hiệu quả do không đạt được năng lượng cần thiết và hệ thống catheter cắt đốt có tưới là một lựa chọn thích hợp.
- Cắt đốt trong xoang vành chỉ hiệu quả với các đường chậm hoặc đường phụ sau vách nằm gần vùng thượng tâm mạc.
- Cần xác định động mạch vành trước khi đốt để tránh tổn thương khi vị trí đốt gần động mạch vành.



Thanks for listening