



AN GIANG GENERAL HOSPITAL

TRIỆT ĐỐT CƯỜNG NHỈ TRONG KỶ NGUYÊN MỚI

Electrophysiologic Approach
Ablation Strategy

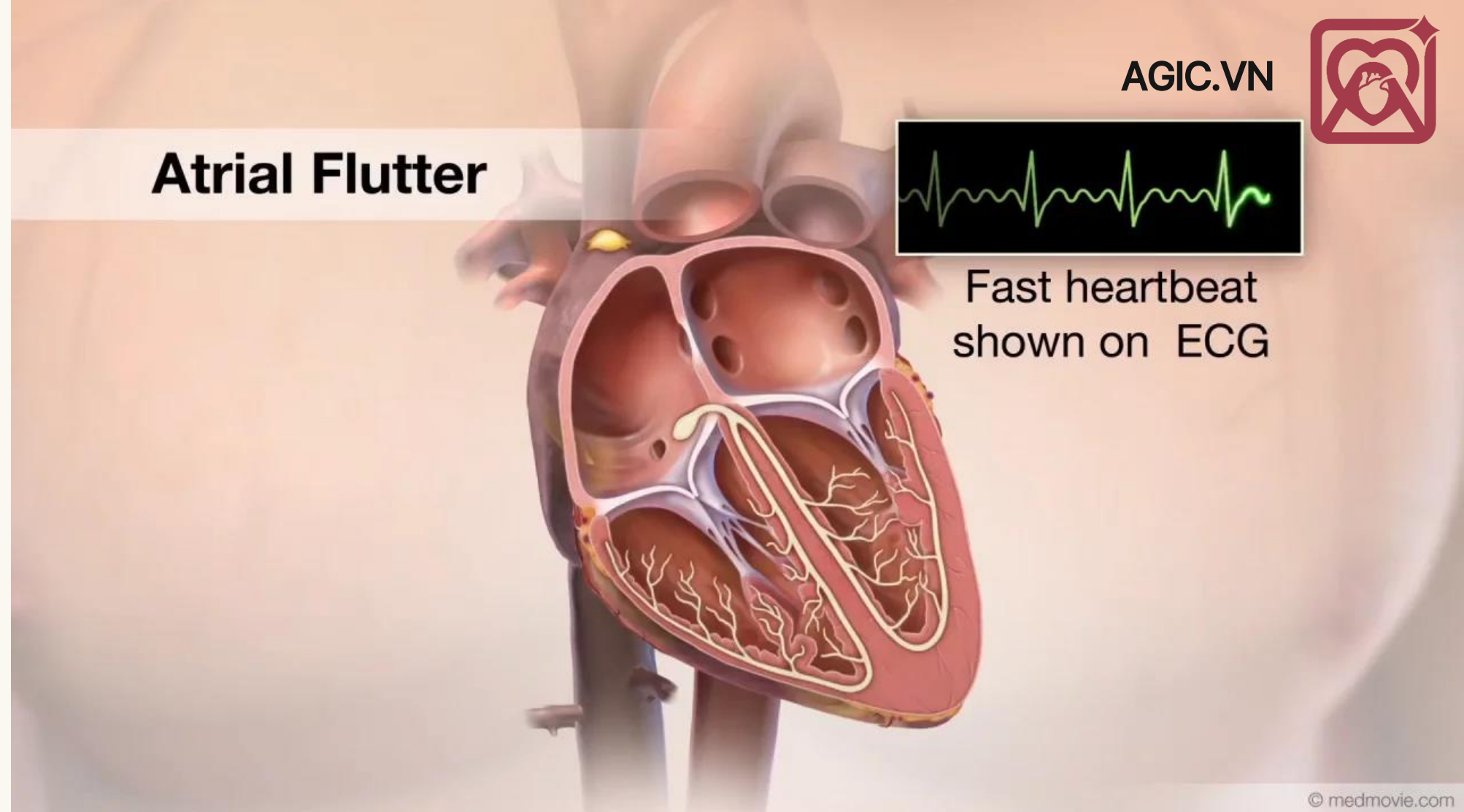


agic

BS. PHẠM TRỌNG TIẾN



CƯỜNG NHĨ



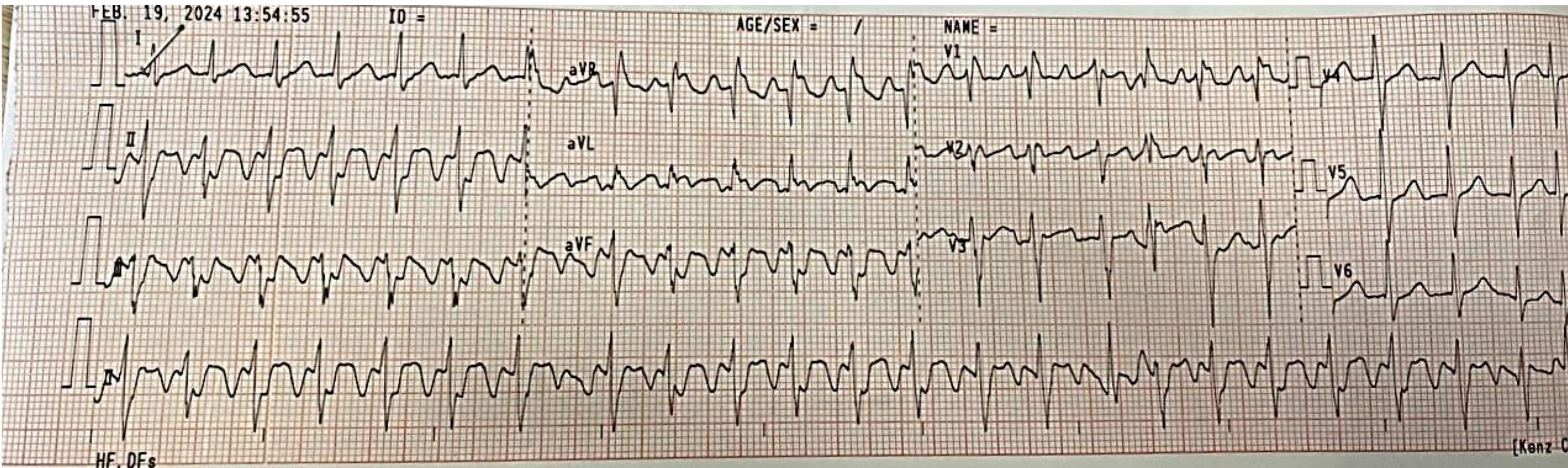
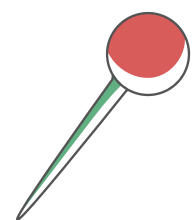
🫀 Cường nhĩ là một rối loạn nhịp nhanh trên thất thường gặp.

🫀 Cường nhĩ điển hình (CTI-dependent) có cơ chế rõ ràng, triệt đốt hiệu quả cao.

🫀 Vai trò của thăm dò điện sinh lý và chiến lược triệt đốt trong xử trí cường nhĩ không điển hình qua một ca lâm sàng.

🫀 Ngược lại, cường nhĩ không điển hình:

- Cơ chế phức tạp.
- Vòng vào lại đa dạng.
- Khó chẩn đoán trên ECG bề mặt.



Họ và tên: V.N.P

Năm sinh: 1963 (52 tuổi)

Giới: Nam








Lý do vào viện: hồi hộp, khó thở từng cơn

ECG lúc vào viện đo được như hình





CẬN LÂM SÀNG

-  **Chụp động mạch vành: Chưa ghi nhận bất thường;**
-  **Siêu âm tim: LVEF 64%, không rối loạn vận động vùng, kích thước buồng tim trong giới hạn bình thường hở van động mạch chủ 2/4;**
-  **Siêu âm tim qua thực quản:**
 -  **Không ghi nhận huyết khối, tiểu nhĩ co bóp tốt;**
 -  **Kích thước buồng nhĩ thất trong giới hạn bình thường;**
-  **NT-ProBNP: 680pg/ml**
-  **Holter ECG 24h: nhịp xoang chủ đạo, cơn cuồng nhĩ đáp ứng thất nhanh;**





CHẨN ĐOÁN



Cuồng nhĩ – Suy tim nhĩ bệnh cơ tim do rối loạn nhịp (AIC)

– Tăng huyết áp – Rối loạn lipid máu



CHA₂DS₂-VASc: 2 điểm

HASBLED: 0 điểm

CHỈ ĐỊNH THĂM DÒ – TRIỆT ĐỐT

Cuồng nhĩ có triệu chứng: hồi hộp, khó thở, không đáp ứng điều trị nội.

ECG không điển hình.

Cần xác định cơ chế vòng vào lại, chuẩn bị triệt đốt.

Chronic therapy

Catheter ablation should be considered after the first episode of symptomatic typical atrial flutter.^{262,263}

IIa**B**

Catheter ablation is recommended for symptomatic, recurrent episodes of CTI-dependent flutter.^{262–264}

I**A**

Catheter ablation in experienced centres is recommended for symptomatic, recurrent episodes of non-CTI-dependent flutter.^{224,265–269}

I**B**

Catheter ablation is recommended in patients with persistent atrial flutter or in the presence of depressed LV systolic function due to TCM.^{233,234}

I**B**

2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia





VO NGOC PHUOC
19053615
*1/1/1963, M, 61Y
STUDY 1
3/10/2024
12:25:26 PM
2 IMA 1/1 FRM 1

H

BV DA KHOA TRUNG TAM AN GIANG
Perf.: BS HIEN - BS NAM
AXIOM-Artis
VD11E 190222
HFS
R/IIIE/IS/

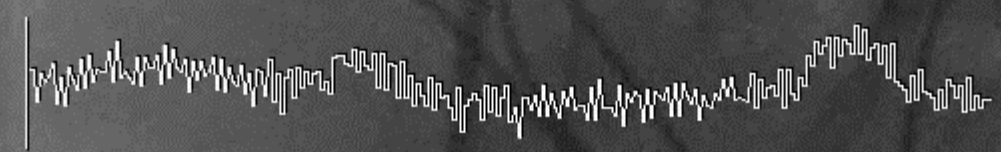
VO NGOC PHUOC
19053615
*1/1/1963, M, 61Y
STUDY 1
3/10/2024
12:21:16 PM
1 IMA 1/1

H

BV DA KHOA TRUNG TAM AN GIANG
Perf.: BS HIEN - BS NAM
AXIOM-Artis
VD11E 190222
HFS
R/IIIE/IS/

R

FL Card
cm 42
A
kV 81
mA 62
D 56
LAO 44° / 0°



5cm

960 X 960
EE 8%
DDO 70%
W 1900
C 1750

R

Coro
cm 42
A
kV 77
mA 304
D 166
RAO 45° / 0°

5cm

960 X 960
EE 20%
DDO 70%
W 2550
C 1708





Tín hiệu điện sinh lý

CHIẾN LƯỢC



○ Tiếp tục mapping

Cường nhĩ điển hình là dạng **thường gặp nhất**

ECG không đủ loại trừ CTI-dependent

CTI ablation đơn giản – an toàn – hiệu quả cao

➤ **Cô lập CTI trước**

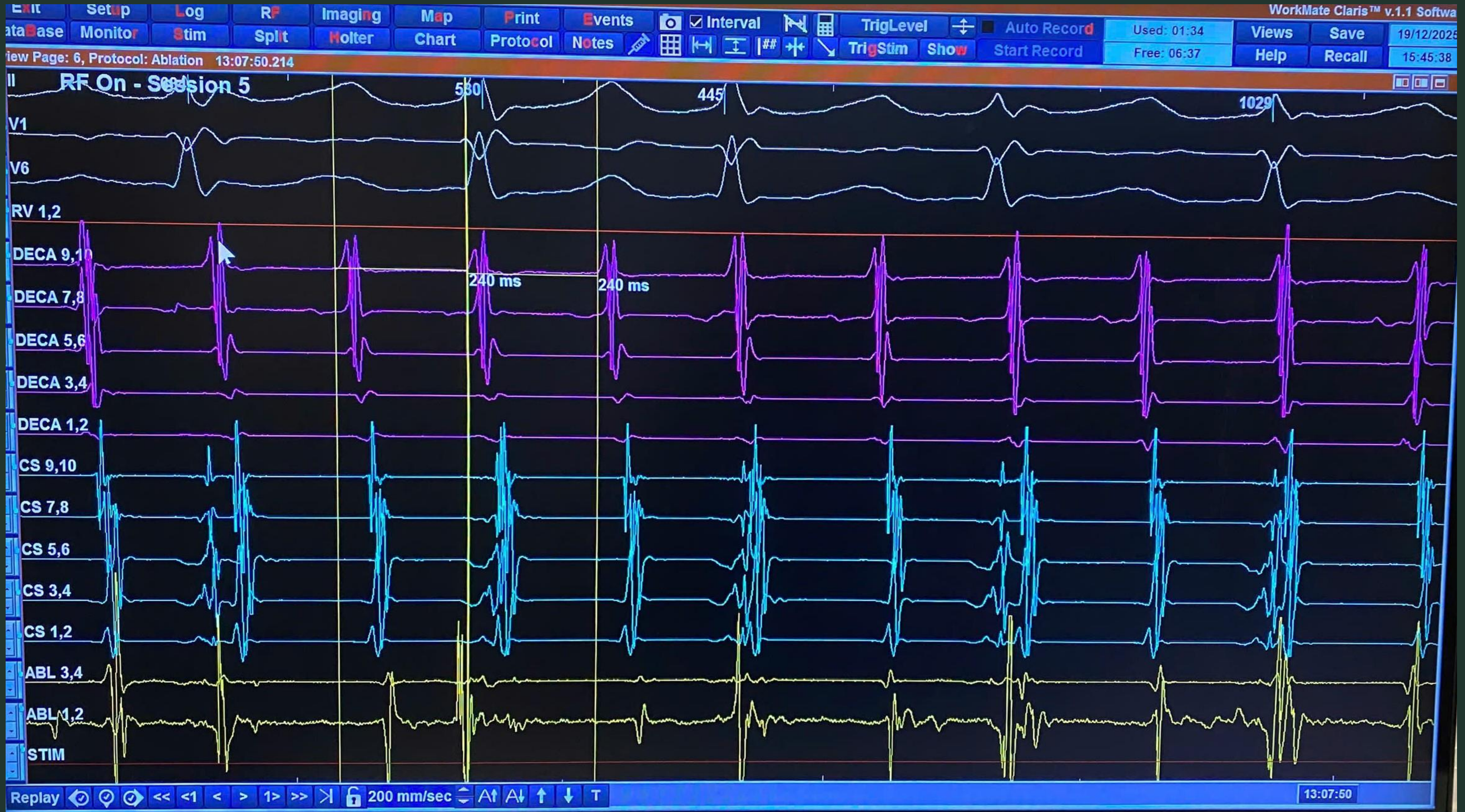
○ Cô lập CTI

Chiến lược **“rule-out”**:

○ Nếu hết cơn → CTI-dependent

○ Nếu không → tiếp tục tìm cơ chế không điển hình

Không ảnh hưởng đến việc lập bản đồ sau đó



Sau cô lập CTI



Điện cực thăm dò tại SVC



Điện cực thăm dò tại SVC



VO NGOC PHUOC
19053615
*1/1/1963, M, 61Y
STUDY 1
3/10/2024
12:35:09 PM
7 IMA 1/1 FRM 1

H

BV DA KHOA TRUNG TAM AN GI...
Perf.: BS HIEN - BS NAM
AXIOM-Artis
VD11E 190222
HFS
R////E/S/

R

5cm

Coro
cm 32
A
kV 77
mA 416
D 166
RAO 29° / 0°



1440 X 1440
EE 22%
DDO 70%
W 2328
C 1464

VO NGOC PHUOC
19053615
*1/1/1963, M, 61Y
STUDY 1
3/10/2024
12:34:11 PM
6 IMA 1/1 FRM 1

H

BV DA KHOA TRUNG TAM AN GI...
Perf.: BS HIEN - BS NAM
AXIOM-Artis
VD11E 190222
HFS
R////E/S/

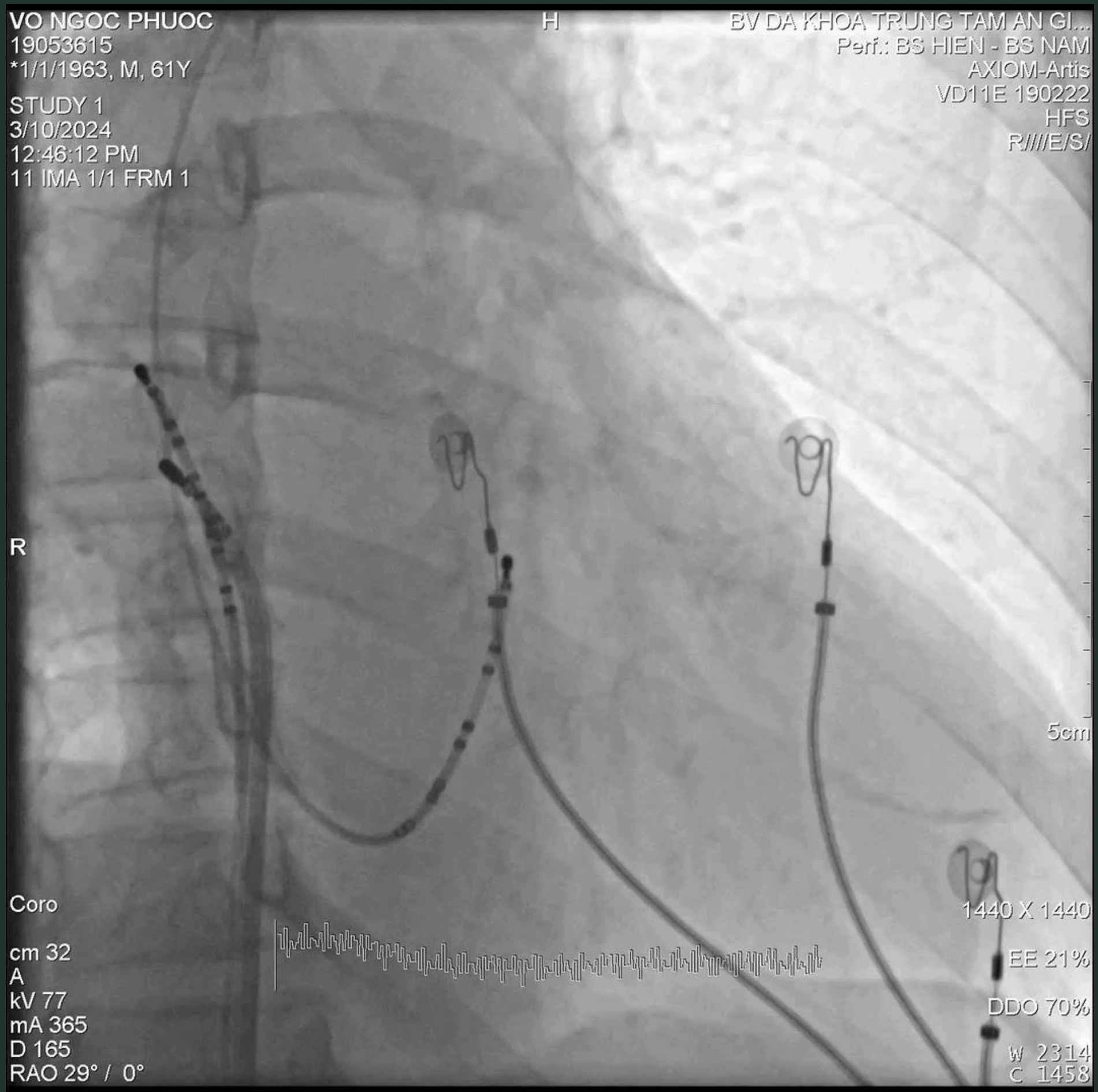
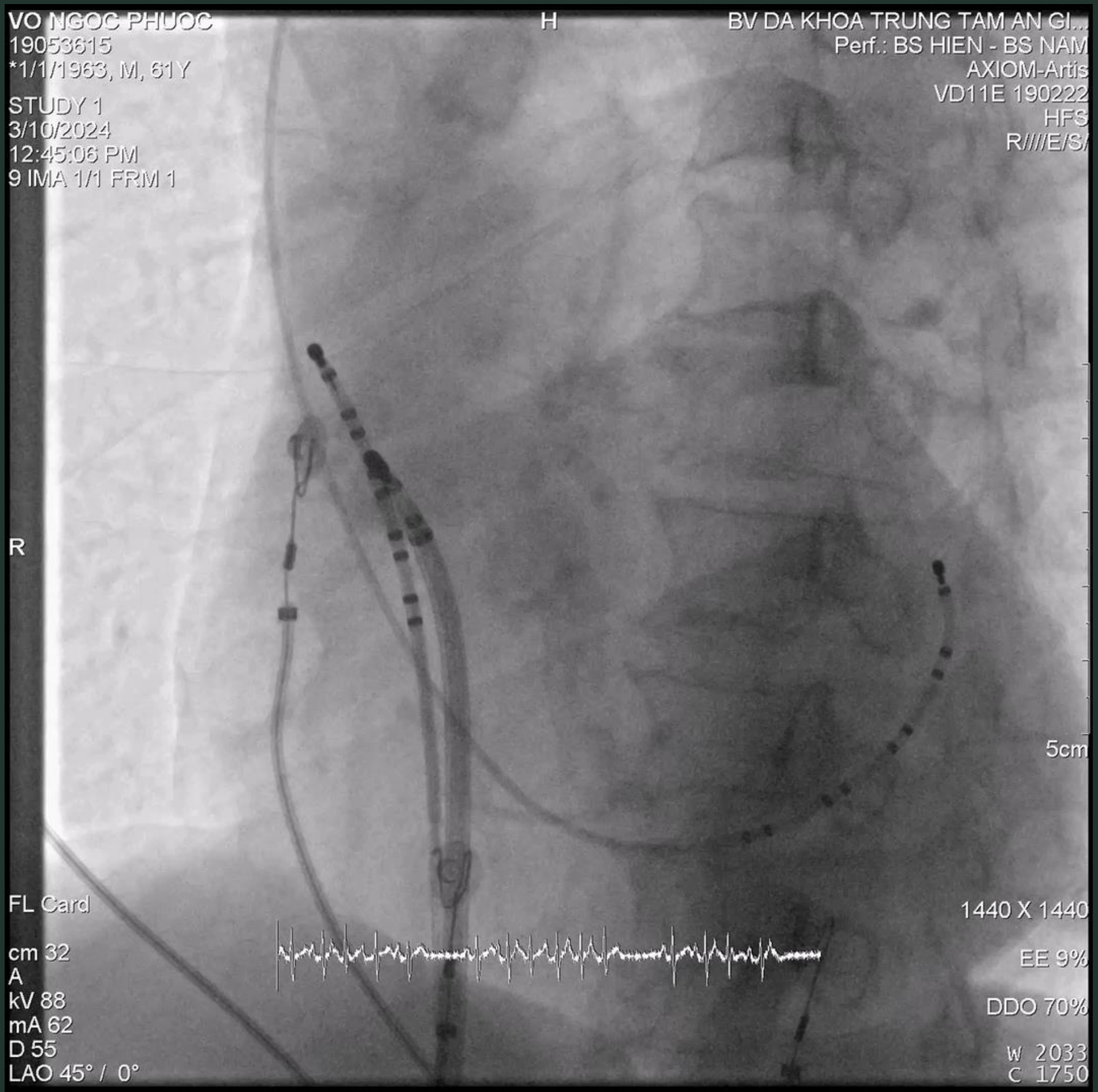
R

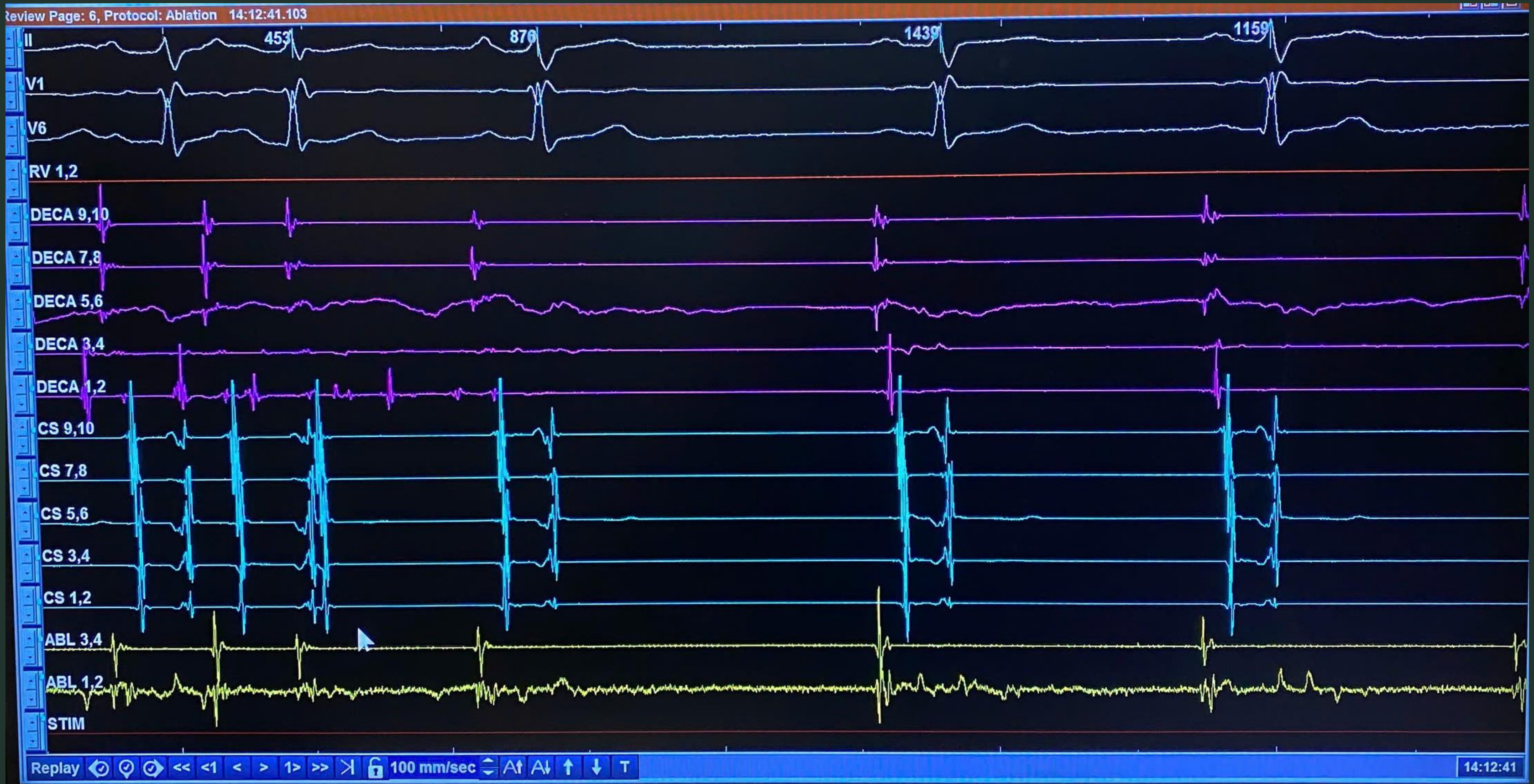
5cm

Coro
cm 32
A
kV 77
mA 600
D 168
LAO 44° / 0°



1440 X 1440
EE 22%
DDO 70%
W 2414
C 1539

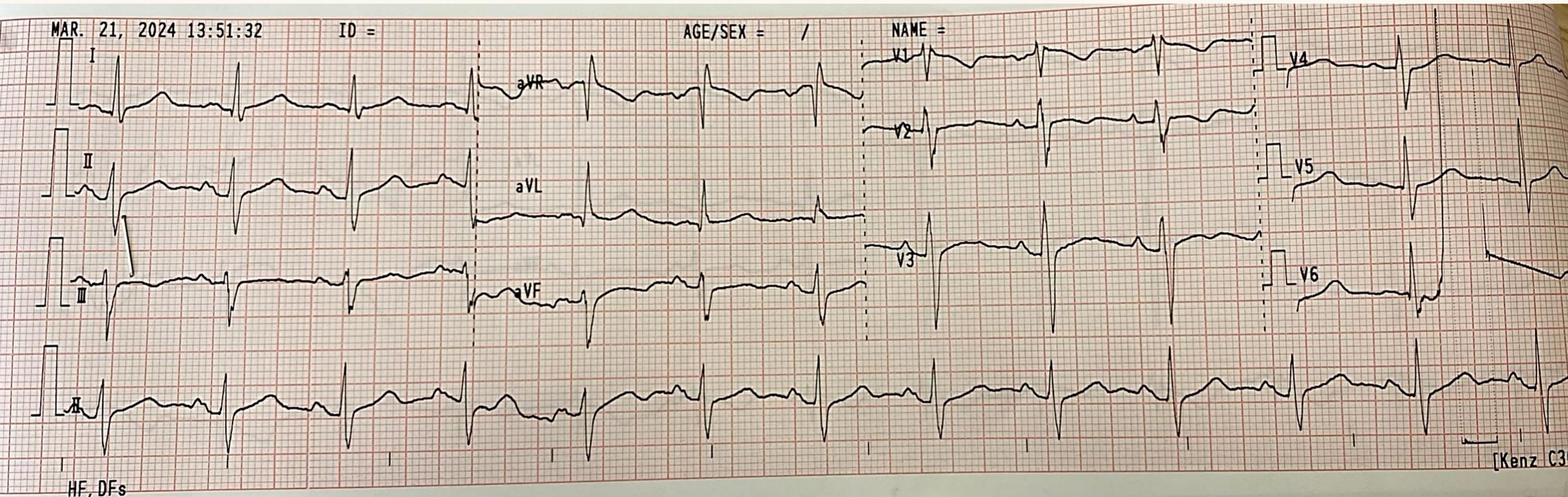




Bệnh nhân ra cơn

KẾT QUẢ

- Nhịp trở về xoang
- Không tái phát trong theo dõi (#1.5 năm)
- Không biến chứng





THÁCH THỨC



Vòng vào lại gần:

- Nút xoang
- Tĩnh mạch chủ trên

Nguy cơ:

- Tổn thương nút xoang
- Block dẫn truyền

Nhịp không ổn định → khó lập bản đồ

BÀN LUẬN



- Bệnh nhân không có bệnh tim cấu trúc, không có tiền sử phẫu thuật tim hay triệt đốt rung nhĩ
- ECG bề mặt không đủ đặc hiệu để xác định cơ chế
- EPS giúp xác định chính xác cơ chế
- Cuồng nhĩ quanh SVC là dạng hiếm gặp, triệt đốt thành công phụ thuộc:
 - Xác định cơ chế.
 - Lập bản đồ chính xác.
 - Kinh nghiệm của trung tâm.



THÔNG ĐIỆP



- ECG bề mặt chỉ góp phần gợi ý chẩn đoán.
- Điều trị can cá thể hóa, thăm dò điện sinh lý là xu hướng hiện nay.
- Đầu tư hệ thống 3D là xu hướng tất yếu trong điều trị rối loạn nhịp phức tạp.



ag^{ic}
CẢM ƠN

Đã theo dõi