



TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI
Hanoi obstetric and gynecology hospital
"Trao nhận niềm tin, khơi thêm nguồn hạnh phúc"

MỘT SỐ LƯU Ý KHI VÔ CẢM ĐỂ MỔ LẤY THAI CHO SẢN PHỤ CÓ BỆNH TIM MẠCH

PGS. TS. NGUYỄN ĐỨC LAM

GVCC. Bộ môn GMHS, ĐHY HN

Trưởng khoa GMHS Tự nguyện, BV Phụ sản HN

Hà Nội 4/11/2023

NỘI DUNG

1. Tình hình bệnh tim mạch ở sản phụ
2. Thay đổi sinh lý tim mạch khi có thai
3. Đánh giá nguy cơ tim mạch trước sinh
4. Vô cảm mổ lấy thai cho sản phụ mắc một số bệnh tim mạch thường gặp

Tăng tần suất

↗ tuổi của mẹ

↗ yếu tố nguy cơ
tim mạch

Cải thiện về phẫu
thuật tim trẻ em

↗ tần suất có thai
kèm theo bệnh tim

TÌNH HÌNH BỆNH TIM MẠCH

Tỷ lệ tử vong bà mẹ ở **Hoa Kỳ** cao hơn bất kỳ quốc gia phát triển nào và bệnh tim mạch là nguyên nhân hàng đầu.

Nguyên nhân chính gây tử vong do tim trong thai kỳ là:

- Bệnh tim mắc phải
- Bệnh cơ tim
- Bệnh động mạch vành
- Bệnh động mạch chủ

Phổ biến nhất ở phụ nữ trên 40 tuổi và phụ nữ da đen.

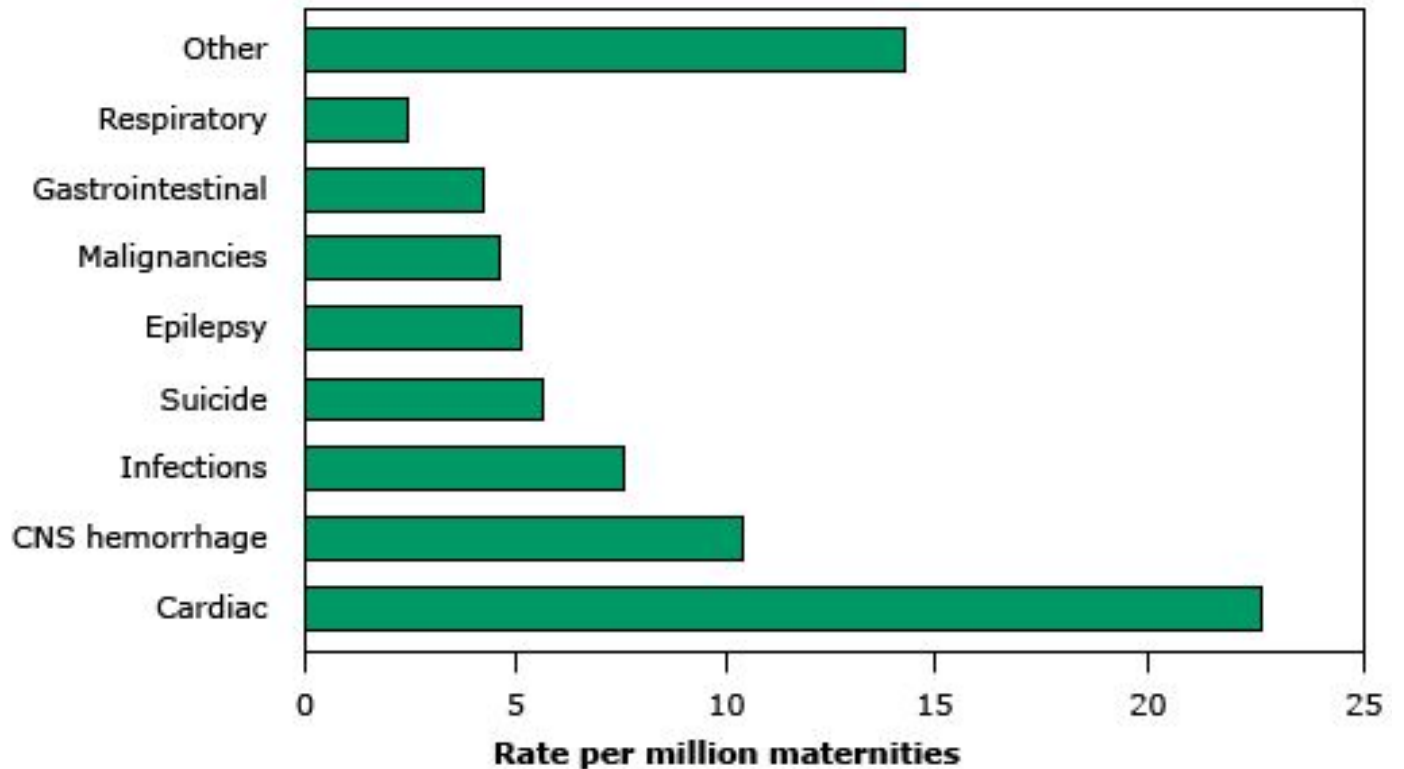
(Creanga AA, Syverson C, Seed K, Callaghan WM Pregnancy-Related Mortality in the United States, 2011-2013)

TÌNH HÌNH BỆNH TIM MẠCH

Nguyên nhân tử vong bà mẹ trong thời kì mang thai tại

Anh:

Nguyên nhân hàng đầu là bệnh lý tim mạch !



The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer - 2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. CEMACH, London 2007.

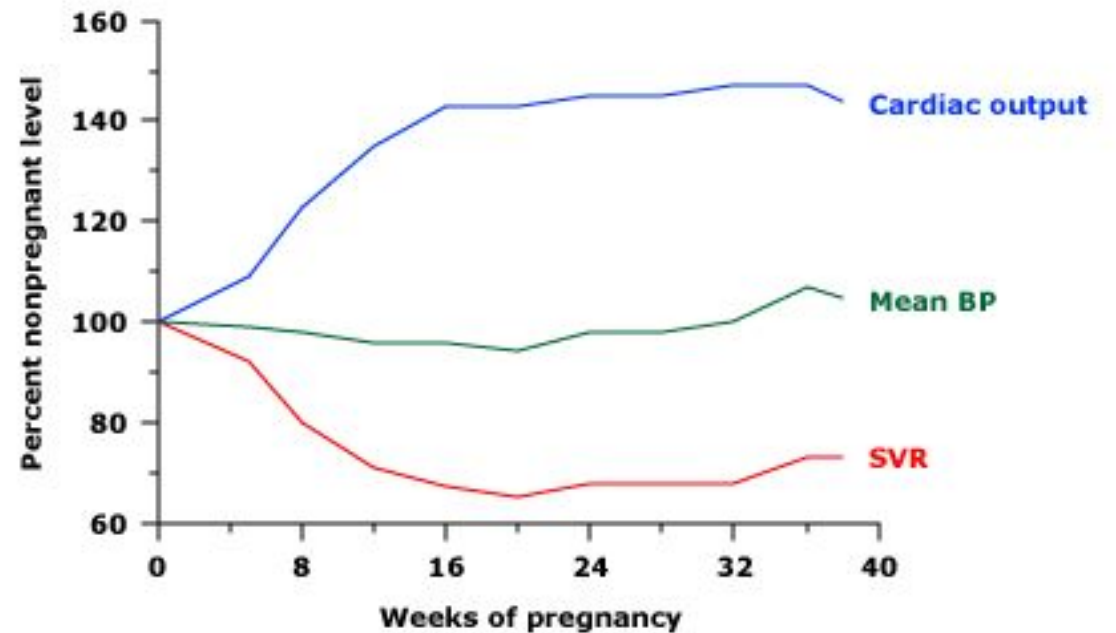
TÌNH HÌNH BỆNH TIM MẠCH

Tại Việt Nam: Trong 3 năm (2018-2020) tại BV Phụ sản TW:

- Có 331 sản phụ có bệnh tim, tuổi thai > 22 tuần kết thúc thai kỳ
- Tỷ lệ sản phụ bị bệnh tim trong tổng số ca sinh là 0,62%
- Bệnh tim bẩm sinh (50%), bệnh tim mắc phải (25%); rối loạn nhịp tim (25%)
- Triệu chứng lâm sàng: tiếng tim bất thường (44%), khó thở (31%), đau ngực/trống ngực (29%)
- Có 23,8% sản phụ bị suy tim: Suy tim độ I (51,9%), suy tim độ IV (2,53%)

THAY ĐỔI SINH LÝ TIM MẠCH TRONG THAI KỲ

- Trong thai kỳ:
 - + Sức cản mạch máu hệ thống (SVR) giảm
 - + Nhịp tim (HR) tăng từ 15 đến 20 nhịp/phút
 - + Tiền tải tăng do thể tích máu tăng
 - + Cung lượng tim (CO) tăng 30-50%



Thai kỳ



↗ thể tích tổng máu tâm thu + ↗ tần số tim = ↗ Cung lượng tim

↗ thể tích huyết tương

↓ Kháng lực mạch máu toàn thân = ↓ huyết áp

Tăng đông

Biến đổi dược động học

Độc tính tim do BS

Nguy cơ thuyên tắc

↗ chuyển hóa gan thận

Gắn kết với protein

Kháng vitamin K

Ức chế men chuyển/thụ thể angiotensin II

Ức chế beta

Chuyển dạ sinh

Nguy cơ
chảy máu

Đau

Cơn gò tử
cung

Tự thể

Cách vô cảm

Tim mất bù

↗ Biến chứng – tử vong

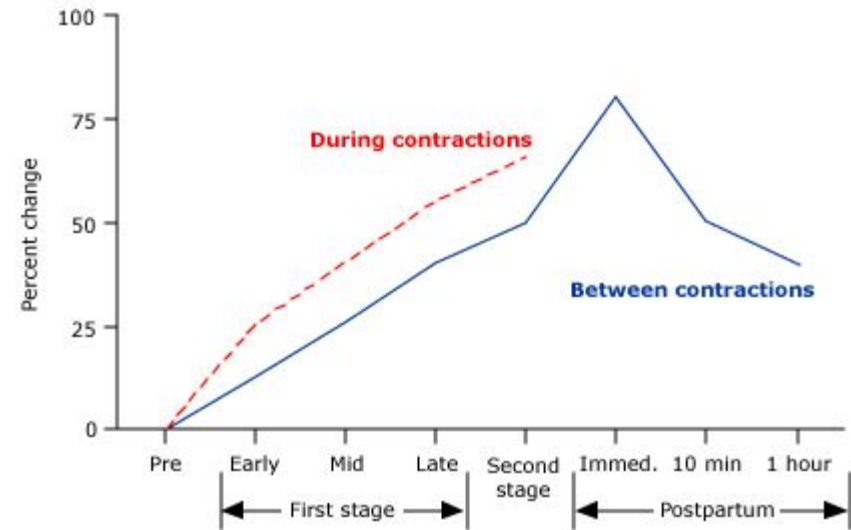
THAY ĐỔI SINH LÝ TIM MẠCH TRONG THAI KỲ

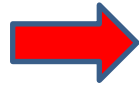
Trong chuyển dạ:

+GĐ đầu chuyển dạ: Cung lượng tim tăng 15% (so với trước khi chuyển dạ)

+GĐ 2 chuyển dạ: Cung lượng tim tăng 50% **do rặn đẻ**

+Ngay sau khi sinh: Cung lượng tim tăng lên 80% **do sự co hồi tử cung, giải chèn ép chủ...**

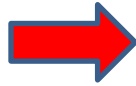




Mức độ theo WHO	
I	Không tăng nguy cơ tử vong mẹ và không có nguy cơ hoặc nguy cơ biến chứng mẹ thấp
II	Tăng nhẹ nguy cơ tử vong mẹ hoặc tăng trung bình nguy cơ biến chứng mẹ
III	Tăng rõ rệt nguy cơ tử vong mẹ hoặc biến chứng nặng của mẹ. Khuyến cáo của chuyên gia là cần thiết. Nếu quyết định có thai, theo dõi liên chuyên khoa chặt chẽ là cần thiết trong thai kỳ, chuyển dạ và hậu sản
IV	Nguy cơ tử vong mẹ hoặc biến chứng nặng của mẹ rất cao. Chống chỉ định có thai. Chấm dứt thai kỳ để điều trị là chỉ định cần đặt ra khi có thai. Nếu tiếp tục thai kỳ, theo dõi tương tự mức WHO III

Các điều kiện trong đó nguy cơ thai kỳ được đánh giá là mức WHO I

- Không biến chứng, ít hoặc trung bình:
 - Hẹp van động mạch phổi
 - Còn ống động mạch
 - Sa van 2 lá (prolapsus mitral)
- Các tổn thương đơn giản đã phẫu thuật thành công (thông liên nhĩ hoặc liên thất, còn ống động mạch, bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi)
- Ngoại tâm thu nhĩ hoặc thất, đơn độc



Các điều kiện trong đó nguy cơ thai kỳ được đánh giá là mức WHO II-III

WHO II (không có biến chứng khác)

- Thông liên nhĩ hoặc thông liên thất không phẫu thuật
- Tứ chứng Fallot đã phẫu thuật
- Đa số các tình trạng loạn nhịp tim

WHO II-III (tùy theo người bệnh)

- Rối loạn chức năng thất trái nhẹ
- Bệnh cơ tim phì đại
- Bệnh van tim không xếp vào nhóm WHO I hoặc IV
- Hội chứng Marfan không giãn gốc động mạch chủ hoặc van động

WHO III

- Van cơ học
- Thất phải bơm máu ra tuần hoàn hệ thống
- Tuần hoàn Fontan
- Bệnh tim gây tím (không phẫu thuật)
- Các bệnh tim bẩm sinh phức tạp khác
- Hội chứng Marfan kèm theo giãn gốc động mạch chủ 40 – 45mm hoặc van động mạch chủ 2 lá với động mạch chủ 45 – 50mm



Các điều kiện trong đó nguy cơ thai kỳ được đánh giá là mức WHO IV

- Tăng áp động mạch phổi với tất cả nguyên nhân gộp lại (confounde)
- Tiền căn bệnh cơ tim chu sinh với tình trạng vẫn còn rối loạn chức năng thất trái
- Hẹp van động mạch chủ có triệu chứng nặng hoặc hẹp van 2 lá nặng
- Rối loạn chức năng tâm thất của tuần hoàn hệ thống nặng (phân suất tổng máu < 30%, NYHA III hoặc IV)
- Hội chứng Marfan kèm theo giãn gốc động mạch chủ > 45mm hoặc van động mạch chủ 2 lá với động mạch chủ > 50mm

ESC guidelines 2018 theo WHO

Phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cải biên về nguy cơ tim mạch của

	WHO I cải biên	WHO II cải biên	WHO II – III cải biên	WHO III cải biên	WHO IV cải biên
Tỷ lệ biến cố tim của mẹ	2,5 – 5%	5,7 – 10,5%	10 – 19%	19 – 27%	40 – 100%
Tư vấn	Có	Có	Có	Có: cần tư vấn chuyên gia	Có: chống chỉ định có thai; nếu có thai, thảo luận việc chấm dứt thai kỳ
Chăm sóc trong thai kỳ	Bệnh viện khu vực	Bệnh viện khu vực	Bệnh viện chuyên khoa chuẩn	Bệnh viện có kinh nghiệm về thai và bệnh tim	Bệnh viện có kinh nghiệm về thai và bệnh tim
Thăm khám theo dõi tối thiểu trong thai kỳ	1 hoặc 2 lần	1 lần mỗi 3 tháng	Mỗi 2 tháng	Mỗi tháng hoặc mỗi 2 tháng	Mỗi tháng
Nơi sinh	Bệnh viện khu vực	Bệnh viện khu vực	Bệnh viện chuyên khoa tiêu chuẩn	Bệnh viện có kinh nghiệm về thai và bệnh tim	Bệnh viện có kinh nghiệm về thai và bệnh tim



**VÔ CẢM MỎ LẤY THAI TRÊN SẢN
PHỤ CÓ BỆNH TIM MẠCH:
MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP HAY GẶP**

TỒN THƯƠNG TẮC NGHẼN

Một số trường hợp tổn thương tắc nghẽn thường gặp

- Hẹp van hai lá
- Hẹp van động mạch chủ
- Hẹp van động mạch phổi

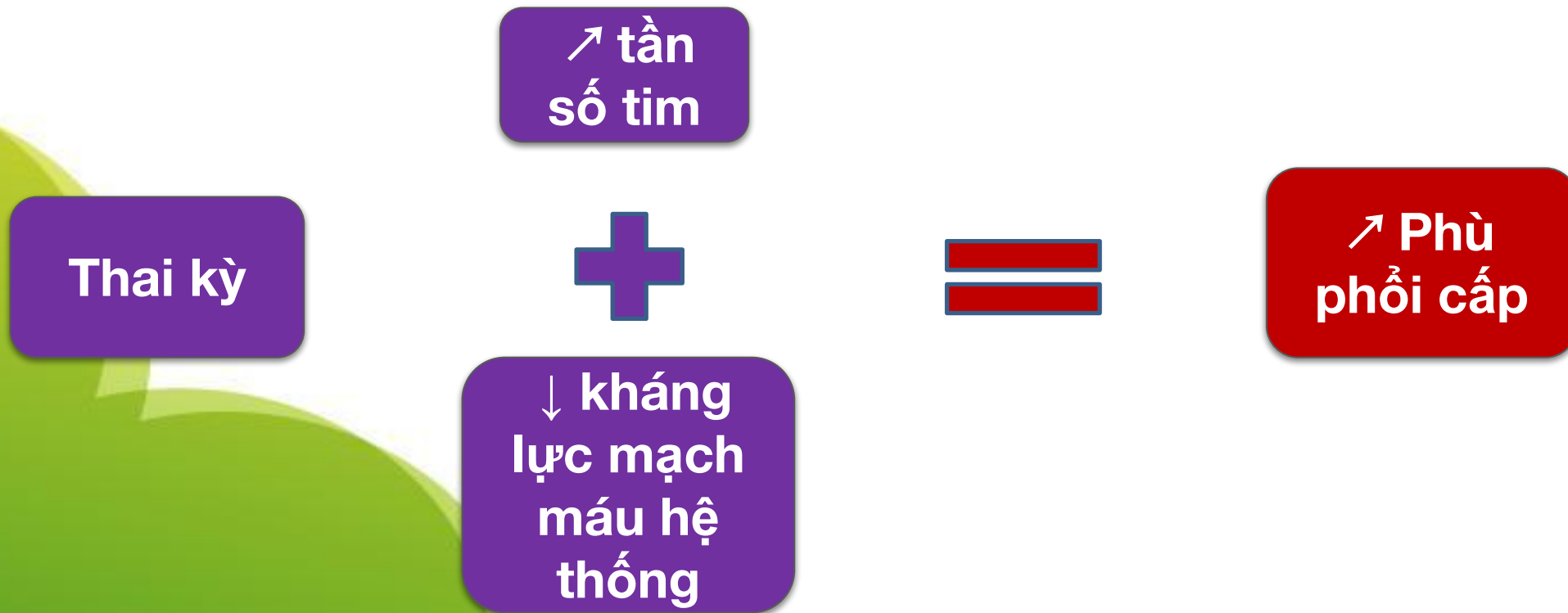
HỆP VAN ĐMCH

Van động mạch chủ bị
vôi hóa



Hẹp van động mạch chủ

-Thấp khớp cấp / van ĐMC 2 lá (phình động mạch chủ bụng AAA?)



-TRONG THỰC HÀNH: Chống chỉ định gây tê tủy sống, tránh nhịp tim nhanh và tụt huyết áp

HỆP VAN ĐMC: Sinh lý bệnh

- Hẹp van ĐMC gây: Phì đại thất trái do tăng hậu tải của thất trái, gây rối loạn chức năng tâm trương của thất trái
- Tim đặc biệt nhạy cảm với:
 - Thay đổi của tiền gánh (thể tích tuần hoàn)
 - Tình trạng rung nhĩ, loạn nhịp hoàn toàn (vì lúc này sự làm đầy tâm thất phụ thuộc vào co bóp của tâm nhĩ)
- Tăng nguy cơ thiếu máu cơ tim do tăng tiêu thụ oxy cơ tim và do giảm áp lực tưới máu ĐM vành do tăng áp lực cuối tâm trương thất trái
- 50% hẹp van ĐMC do thoái hóa có kèm theo tổn thương ĐM vành

VÔ CẢM CHO HẸP VAN ĐMC

Mục tiêu:

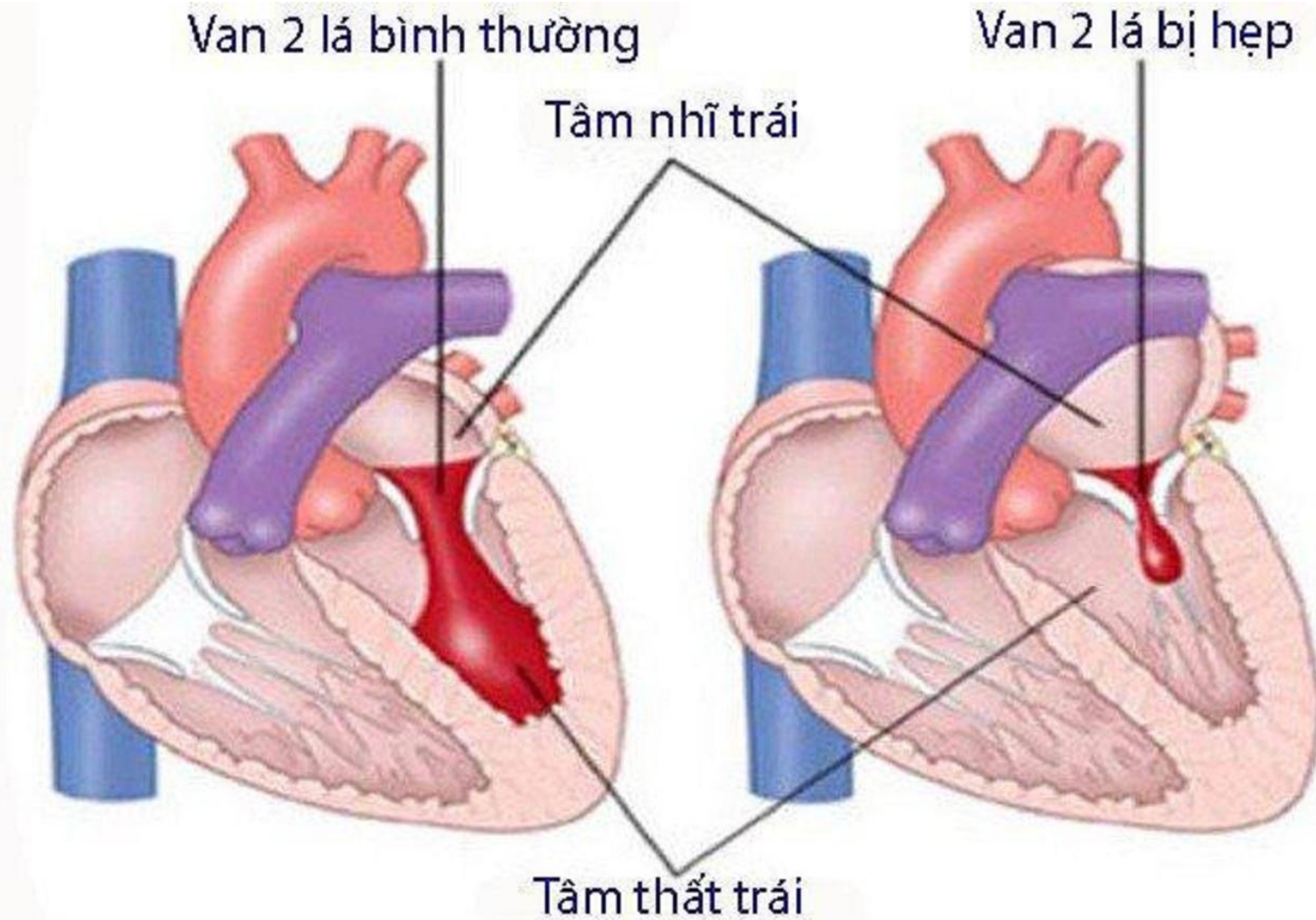
- Tiền mê: Tiếp tục sử dụng các thuốc điều trị đau thắt ngực
- Theo dõi trong mổ: Theo dõi đoạn ST liên tục trên điện tim 5 chuyển đạo. Nên theo dõi HA động mạch xâm lấn nếu hẹp khít van ĐMC
- Hậu gánh: tránh tụt HA vì làm giảm tưới máu mạch vành (điều trị ngay bằng Phenylephrine). Tránh tăng HA kéo dài vì có thể gây phù phổi cấp. Không được hạ HA quá nhanh (khó dung nạp hơn tăng huyết áp)
- Tiền gánh: giữ thể tích tuần hoàn bình thường (dung nạp kém với giảm thể tích tuần hoàn)
- Nhịp tim: Duy trì nhịp xoang
 - Tránh nhịp tim nhanh (không đủ thời gian làm đầy thất trái).
 - Tránh cả nhịp chậm (gây hội chứng lưu lượng tim thấp)

VÔ CẢM CHO HỢP VAN ĐMC

- Trước đây: CCĐ của GTTS và gây tê NMC
- Hiện nay, theo một số NC: có thể gây tê NMC (tiêm thuốc tê chậm, bolus từng liều nhỏ, phối hợp fentanyl, không dùng thuốc tê có adrenalin)
- Gây mê: Như đối với gây mê cho bệnh mạch vành (mê sâu tránh sự thay đổi của mạch, huyết áp, liều cao thuốc opioid)
- Thuốc mê: Nên dùng Etomidate

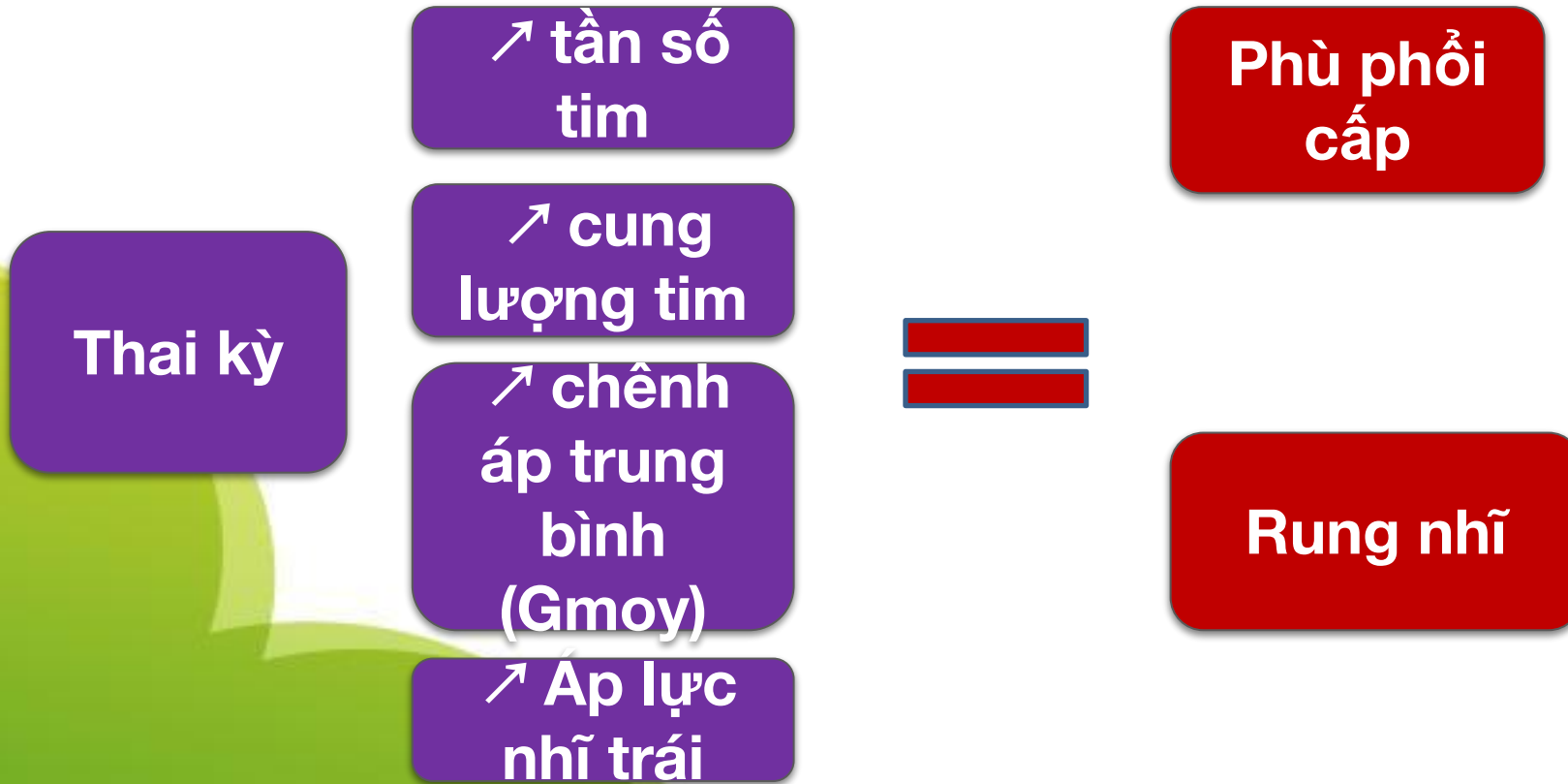
Không nên dùng Thiopental, Propofol (gây giãn mạch, ức chế cơ tim). Không nên dùng Ketamin (gây nhịp tim nhanh)

HẸP VAN HAI LÁ



Hẹp van 2 lá

-Thường gặp+++ , thấp khớp cấp



-TRONG THỰC HÀNH: Chống chỉ định gây tê tủy sống, tránh nhịp tim nhanh. Điều trị bằng ức chế beta và lợi tiểu (mục tiêu tần số tim 80/phút)

HỆP VAN HAI LÁ: Sinh lý bệnh

- Diện tích lỗ van hai lá: 4-5 cm². Hẹp khi $\leq 2,5$ cm². Hẹp khít khi $\leq 1,5$ cm²
- Hẹp van hai lá làm tăng áp lực phía trước van hai lá:
 - Tăng áp lực nhĩ trái, giãn nhĩ trái, cuối cùng gây rung nhĩ, loạn nhịp hoàn toàn.
 - Tăng áp lực ĐM phổi dẫn đến phù phổi cấp (là tình trạng suy tim trái cấp trong khi chức năng co bóp thất trái vẫn gần như bình thường)
 - Tăng áp lực ĐM phổi với nguy cơ suy tim phải
- Rung nhĩ, loạn nhịp hoàn toàn: gặp 30-40% hẹp hai lá đã có triệu chứng. Làm cho bệnh nhân dễ bị phù phổi cấp hơn, làm cho suy tim trở nên mất bù, tăng nguy cơ tai biến mạch não (2/3 tai biến mạch não ở năm đầu tiên sau rung nhĩ)

VÔ CẢM CHO HẸP VAN HAI LÁ

Đối với mổ lấy thai (phẫu thuật ngoài tim), khi:

- Diện tích van hai lá $< 1,5\text{cm}^2$
- Có triệu chứng lâm sàng
- Áp lực ĐM phổi $> 50\text{mmHg}$

Nên thảo luận với BS Sản khoa, Bs Tim mạch để điều trị hẹp hai lá trước khi mổ nếu không phải mổ cấp cứu

VÔ CẢM CHO HẸP VAN HAI LÁ

Nguyên tắc

- Theo dõi: TD điện tim để phát hiện loại nhịp. Nên TD huyết động xâm lấn nếu có tăng áp lực ĐM phổi
- Hậu gánh: Điều trị ngay tụt HA bằng phenylephrine
- Tiền gánh: cần TD chặt chẽ (giảm TTH sẽ giảm làm đầy nhĩ trái; tăng TTH sẽ tăng nguy cơ phù phổi cấp)
- Tần số tim: Tránh mạch nhanh (giảm làm đầy thất trái do giảm thời gian tâm trương). Xử trí mạch nhanh: Liều nhỏ Digoxin tiêm tĩnh mạch hoặc esmolol nếu không suy tim phải, không tăng áp lực ĐM phổi.
- Nhịp tim: Giữ nhịp xoang (rung nhĩ làm mất co bóp của nhĩ, khó dung nạp). Có thể Shock điện để chuyển nhịp (1 joule/kg) với rung nhĩ mới.
- Tránh tăng áp lực ĐM phổi: Thiếu oxy, ưu thán, toan chuyển hóa...

VÔ CẢM CHO HẸP VAN HAI LÁ

Có thể cân nhắc gây tê NMC, lưu ý:

- Cần theo dõi huyết động xâm lấn
- Truyền dịch thận trọng
- Khởi tê chậm (tiêm chậm, bolus thuốc tê liều nhỏ)
- Dùng Phenyphrin khi tụt huyết áp

VÔ CẢM CHO HẸP VAN HAI LÁ

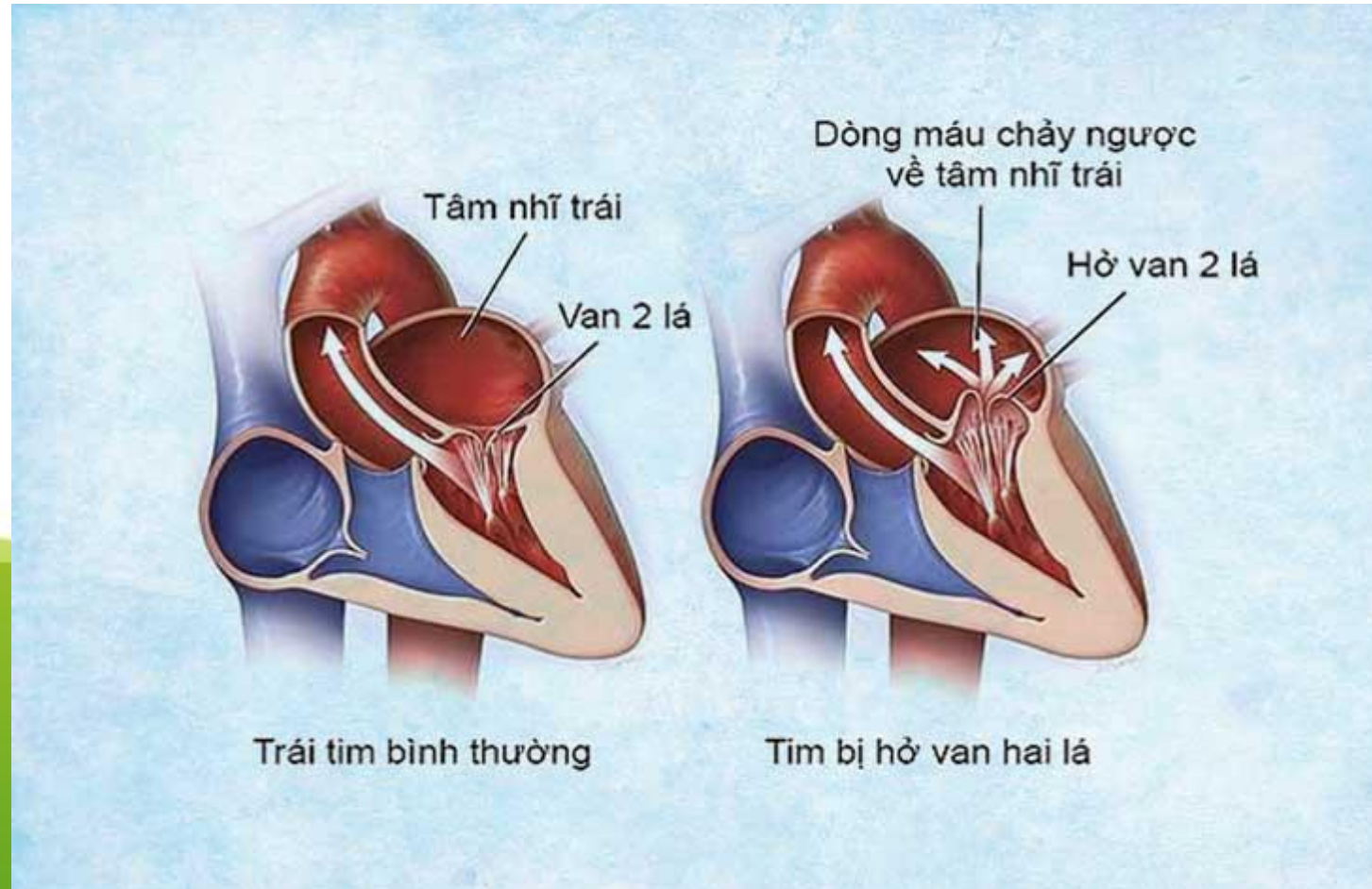
- Tránh dùng thuốc gây nhịp nhanh: Ketamin, Atropin, Pancuronium... Chống chỉ định sử dụng N₂O khi có tăng áp lực ĐM phổi.
- Khởi mê nên sử dụng opioid và chọn Beta giao cảm loại Esmolol để tránh tăng nhịp tim
- Lưu ý: Các thuốc tăng co tử cung có thể tăng sức cản mạch máu ngoại biên (oxytocin, ergotamin, PGF₂α)
- Sau mổ có nguy cơ phù phổi cấp, cần theo dõi tại ICU

TỒN THƯ'ƠNG TRÀO NGƯ'ỢC

Gặp trong bệnh lý:

- Hở van 2 lá
- Hở van động mạch chủ
- Hở van 3 lá
- Hở van động mạch phổi

HỒ VAN HAI LÁ



Hở van 2 lá

- Bệnh van tim hàng thứ 2 theo tần suất, dung nạp tốt trong thai kỳ



-TRONG THỰC HÀNH: Mức độ nặng phụ thuộc thất trái. Gây tê tử sống không phải chống chỉ định, lưu ý sinh đường dưới - VB (kích thích giao cảm và kháng lực mạch máu hệ thống)

HỞ VAN HAI LÁ: Sinh lý bệnh

- Dòng phụt ngược vào nhĩ trái trong hở van hai lá:
 - Tăng áp lực nhĩ trái, giãn nhĩ trái
 - Tăng áp lực ĐM phổi, tăng nguy cơ phù phổi
 - Giãn thất trái do quá tải thì tâm trương do tăng tiền gánh. Giãn thất trái sẽ làm giãn vòng van hai lá → Hở hai lá càng nặng thêm.
- Tiến triển của hở van hai lá: dẫn đến giảm chức năng tâm thu thất trái

VÔ CẢM CHO SẢN PHỤ HỞ' VAN HAI LÁ

Nguyên tắc

- Tiền gánh: Giữ bình thường hoặc hơi giảm để tránh OAP. Khi tụt HA: Ưu tiên sử dụng Ephedrin
- Hậu gánh: tránh tăng HA vì làm tăng dòng phụt ngược
- Tần số tim: giữ hơi cao hơn bình thường (80-100 lần/phút): Hạn chế dòng phụt ngược
- Nhịp tim: cố gắng giữ nhịp xoang

VÔ CẢM CHO SẢN PHẨM HỖ HAI LÁ

Gây tê vùng

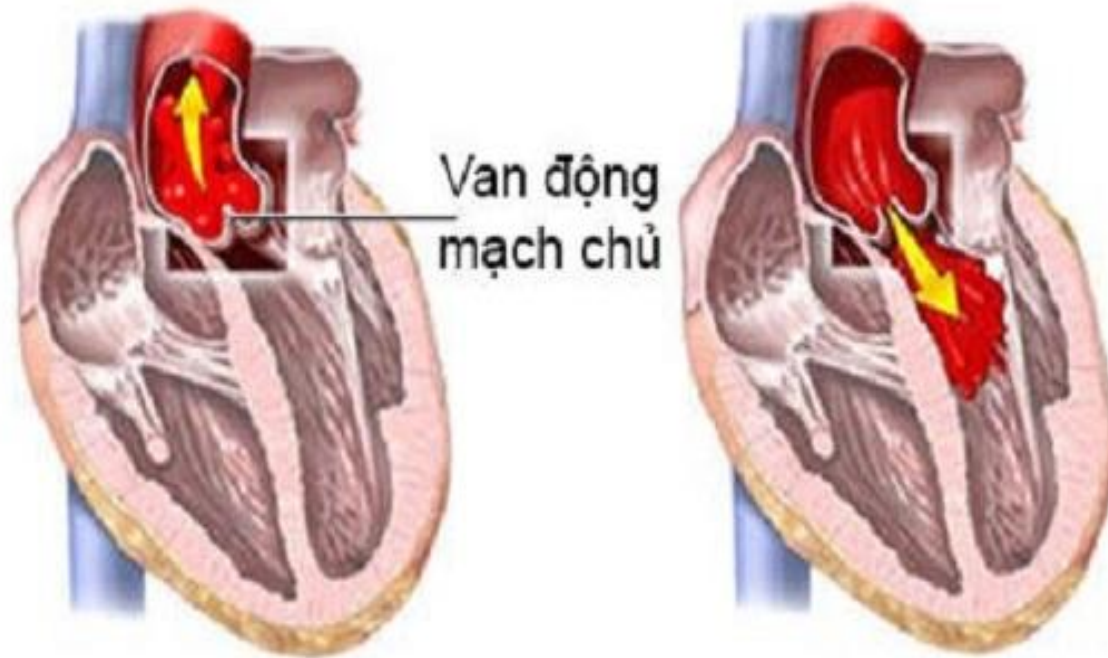
- Không chống chỉ định gây tê tủy sống và gây tê NMC. Tuy nhiên, khi hồ hai lá nhiều thì ưu tiên lựa chọn phương pháp gây tê NMC liên tục.
- Gây tê NMC có thể làm giảm vừa phải sức cản ngoại biên, hạn chế sung huyết phổi nhưng làm giảm hồi lưu tĩnh mạch
- Cần bù dịch có theo dõi và đẩy TC sang trái để duy trì hồi lưu tĩnh mạch
- Khởi tê chậm
- Dùng Ephedrin để điều trị tụt HA vì làm tăng nhịp tim

VÔ CẢM CHO SẢN PHỤ HỞ VAN HAI LÁ

Gây mê toàn thân

- Nên dùng các thuốc mê gây tăng nhịp tim: Ketamin, Pancuronium...
- Tránh các thuốc mê gây ức chế co bóp cơ tim
- Tránh các nguyên nhân có thể làm tăng áp lực ĐM phổi: Đau, thiếu O₂, ưu thán, toan máu...
- Cần điều trị ngay rung nhĩ cấp, nếu huyết động không ổn định nên sốc điện để chuyển nhịp

HỞ VAN ĐMC



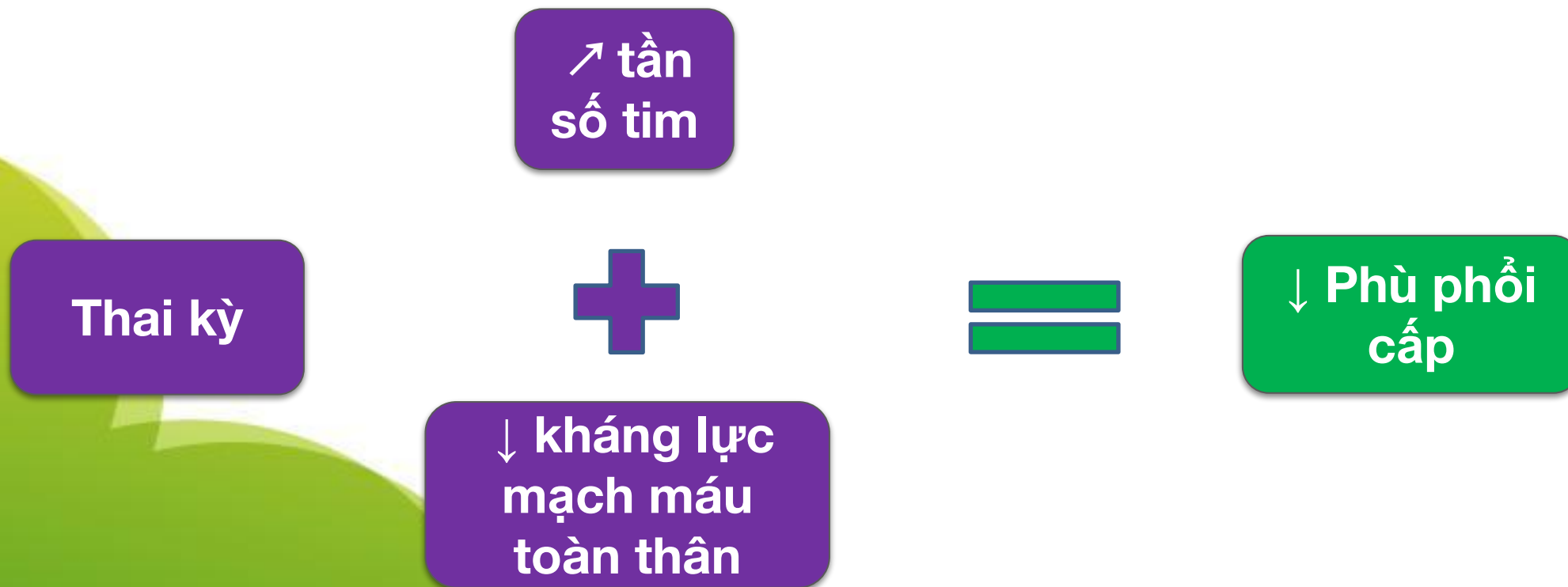
Van động
mạch chủ

Van động mạch chủ
bình thường

Van động mạch chủ
bị hở

Hở van động mạch chủ

-Marfan và bệnh lý động mạch chủ kèm theo +++



-TRONG THỰC HÀNH : Mức độ nặng phụ thuộc thất trái. Gây tê tủy sống không phải chống chỉ định, lưu ý sinh đường dưới - VB (kích thích giao cảm và kháng lực mạch máu hệ thống)

HỞ VAN ĐMC: Sinh lý bệnh

Hở van ĐMC:

- Gây tăng gánh tâm trương thất trái do tăng tiền gánh và giãn buồng thất trái.
- Tăng huyết áp tâm thu và giảm huyết áp tâm trương
- Giảm lưu lượng tưới máu vành (do ĐM vành được tưới máu thì tâm trương)
- Tiến triển dẫn đến suy tim

Các yếu tố nặng của bệnh:

- Có biểu hiện suy tim trên lâm sàng, phù phổi cấp.
- Huyết áp động mạch tâm trương $< 40\text{mmHg}$
- Rung nhĩ loạn nhịp hoàn toàn
- Đau thắt ngực

VÔ CẢM CHO SẢN PHỤ HỞ VAN ĐMC

Nguyên tắc

- Duy trì nhịp tim bình thường hay tăng nhẹ
- Dự phòng tăng sức cản mạch máu ngoại biên
- Tránh chèn ép lên ĐMC bụng
- Tránh ức chế cơ tim khi gây mê

VÔ CẢM CHO SẢN PHẨM HỖ VAN ĐMC

Gây tê vùng

- Gây tê NMC làm giảm hậu gánh nên tốt cho hồ ĐMC
- Cần điều trị ngay khi mạch chậm vì tăng dòng phụt ngược: Atropin, Ephedrin khi kèm tụt huyết áp
- Đề phòng: HA tâm thu giảm nhiều khi khởi tê. Điều trị: Truyền dịch và Ephedrin.
- Lưu ý: Khi truyền dịch để điều trị tụt huyết áp cần thận trọng; có nguy cơ phù phổi cấp sau khi gây tê

VÔ CẢM CHO SẢN PHỤ HỞ VAN ĐMC

Gây mê toàn thân

- Nên dùng các thuốc mê gây tăng nhịp tim: Ketamin, Pancuronium... tránh thuốc mê gây ức chế co bóp cơ tim
- Remifentanil được khuyến cáo sử dụng trong gây mê
- Tránh tăng HA vì làm tăng dòng hở chủ. Tránh tụt HA tâm trương vì gây giảm tưới máu ĐM vành.
- Điều trị tụt HA nên sử dụng ephedrin
- Tiền gánh: giữ thể tích tuần hoàn bình thường
- Tần số tim: Giữ tần số tim hơi nhanh (80-100 lần/phút) vì nhịp tim chậm càng làm tăng dòng hở chủ

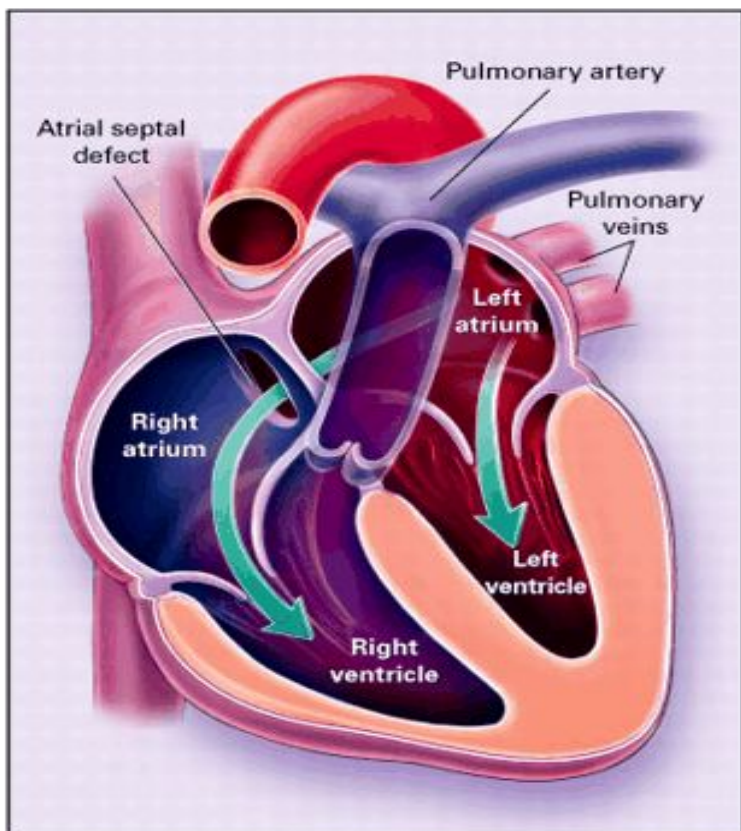
BỆNH TIM BẨM SINH

Shunt Trái- Phải

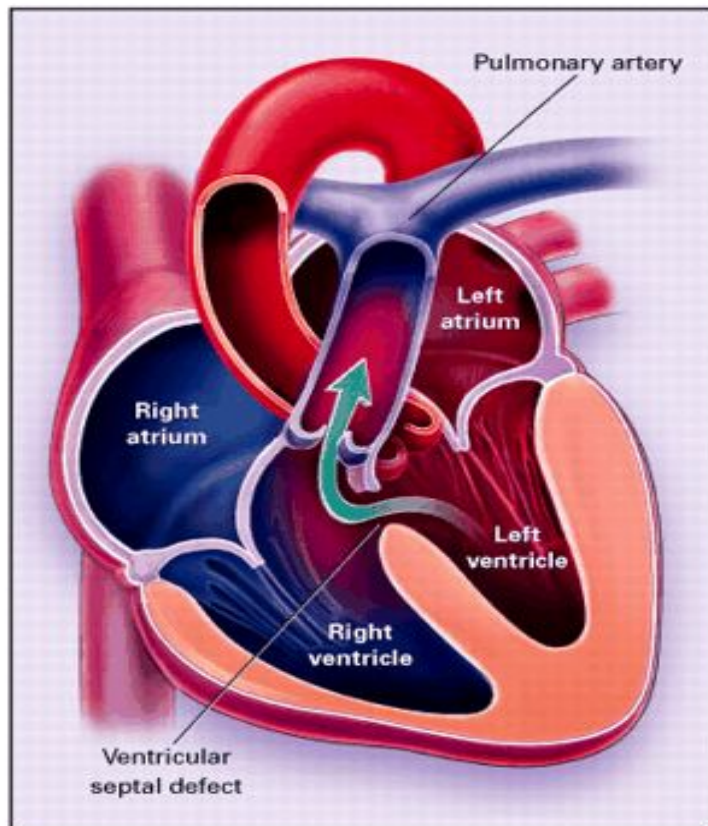
- Các bệnh tim bẩm sinh có shunt Trái - Phải hay gặp:
 - +Thông liên nhĩ
 - +Thông liên thất
 - +Còn ống động mạch

BỆNH TIM BẨM SINH

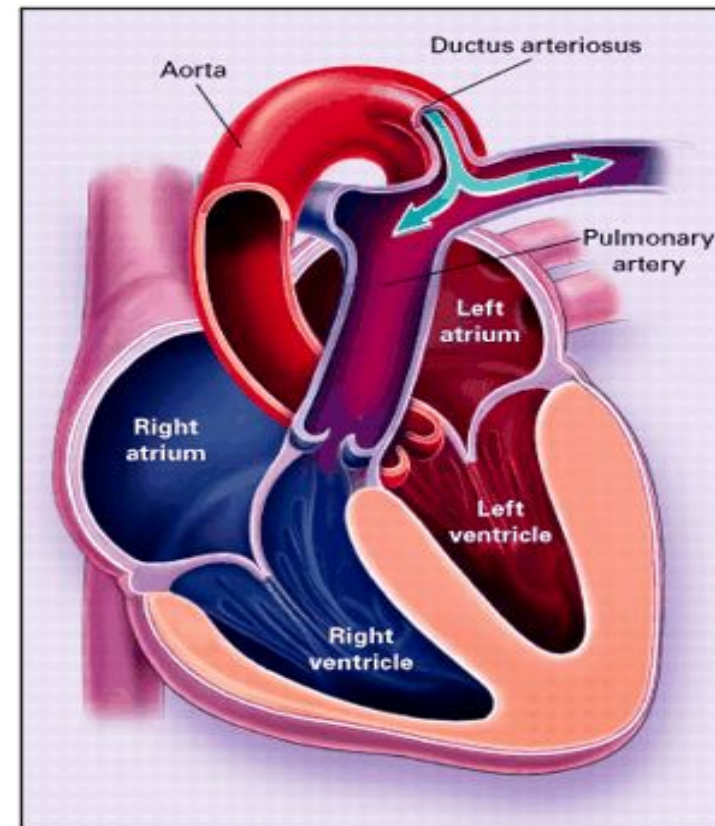
Shunt Trái- Phải



Thông liên nhĩ



Thông liên thất



Còn ống ĐM

VÔ CẢM CHO SẢN PHỤ BỆNH TIM BẨM SINH

Shunt Trái- Phải

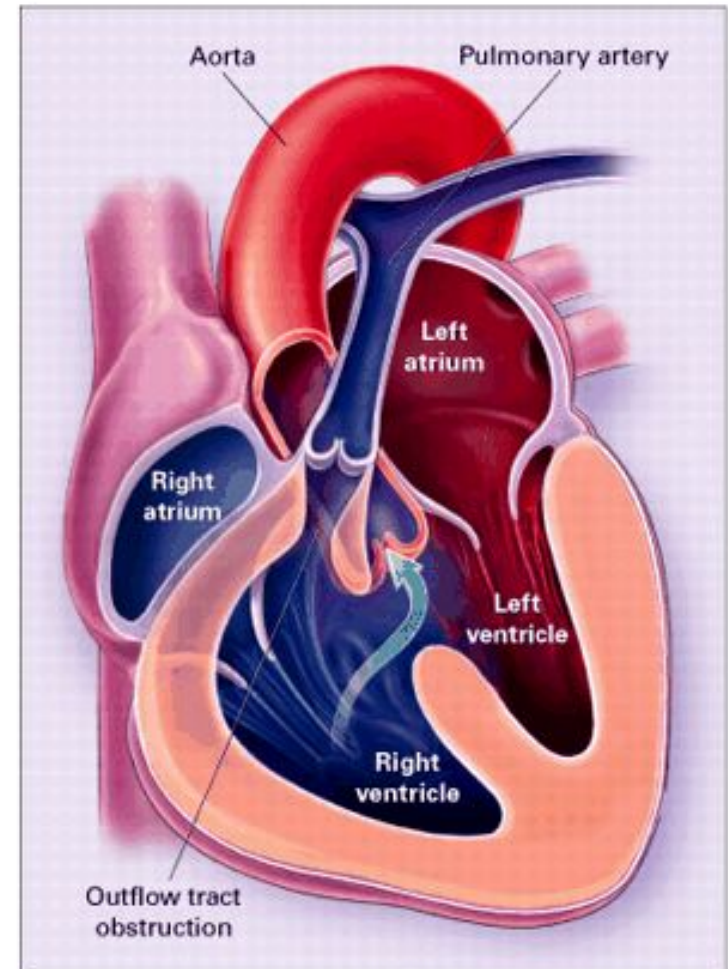
- Tránh để bọt khí trong đường truyền tĩnh mạch
- Nên xác định khoang NMC bằng bơm tiêm chứa nước
- Có thể gây tê NMC hoặc CSE được nếu chưa suy tim
- Tránh các nguyên nhân có thể gây đổi shunt: Hạ Oxy máu, tăng CO₂, toan máu, chảy máu nặng gây tụt HA...
- Các BN đóng thông liên thất muộn có thể bị tăng áp lực DM phổi

VÔ CẢM CHO SẢN PHẨM BỆNH TIM BẨM SINH

Shunt Phải - Trái

Hay gặp:

- Fallot IV
- Hội chứng Eisenmenger



VÔ CẢM CHO SẢN PHỤ BỆNH TIM BẨM SINH

Shunt Phải - Trái

- Không được gây tê tủy sống vì giảm sức cản ngoại vi làm tăng shunt
- Đảm bảo duy trì thể tích tuần hoàn và hồi lưu tĩnh mạch
- Sử dụng liều thấp phenylephrine khi tụt huyết áp
- Lưu ý khi gây mê: Thuốc mê hô hấp có thể ức chế co bóp cơ tim, giảm sức cản ngoại biên. Nên dùng liều cao opioid khi khởi mê. Thở máy làm giảm hồi lưu tĩnh mạch gây giảm cung lượng tim

VÔ CẢM CHO SẢN PHỤ BỆNH TIM BẨM SINH

Shunt Phải - Trái

- Fallot 4 đã PT sửa toàn bộ: Có thể rối loạn nhịp nhĩ hoặc rối loạn nhịp thất đa dạng do tổn thương đường dẫn truyền do PT (Phải theo dõi ECG 12 đạo trình trong mổ)
- Thở N_2O ở SP bị hội chứng Eisenmenger làm giãn mạch máu phổi, ít thay đổi huyết áp, cải thiện chức năng thất trái

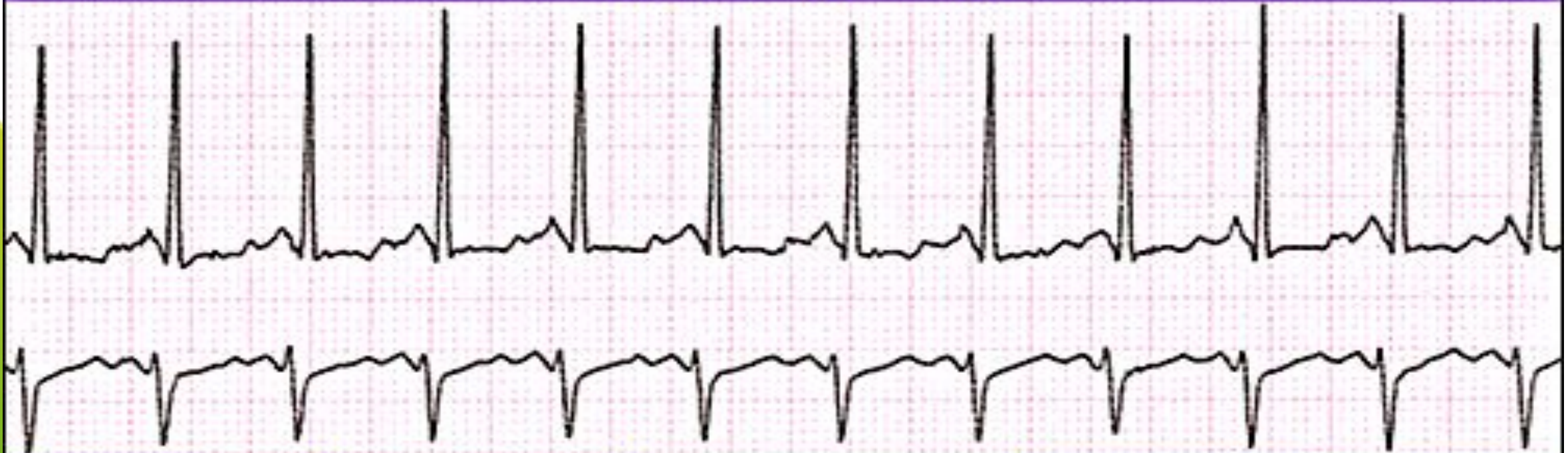
RỐI LOẠN NHỊP TIM

- Rối loạn nhịp tăng trong thai kỳ: Do thay đổi huyết động, nội tiết, thần kinh giao cảm...
- Estrogen: tăng kích thích tim, cơ tim nhạy cảm với catecholamin do tăng thụ thể α giao cảm
- Rối loạn nhịp trong thai kỳ liên quan đến co bóp nhĩ và thất sớm
- Có thể gặp: Ngoại tâm thu nhĩ, thất; nhịp nút phức tạp; nhịp nhanh xoang; nhịp nhanh thất kịch phát...

RỐI LOẠN NHỊP TIM

Nhịp nhanh xoang

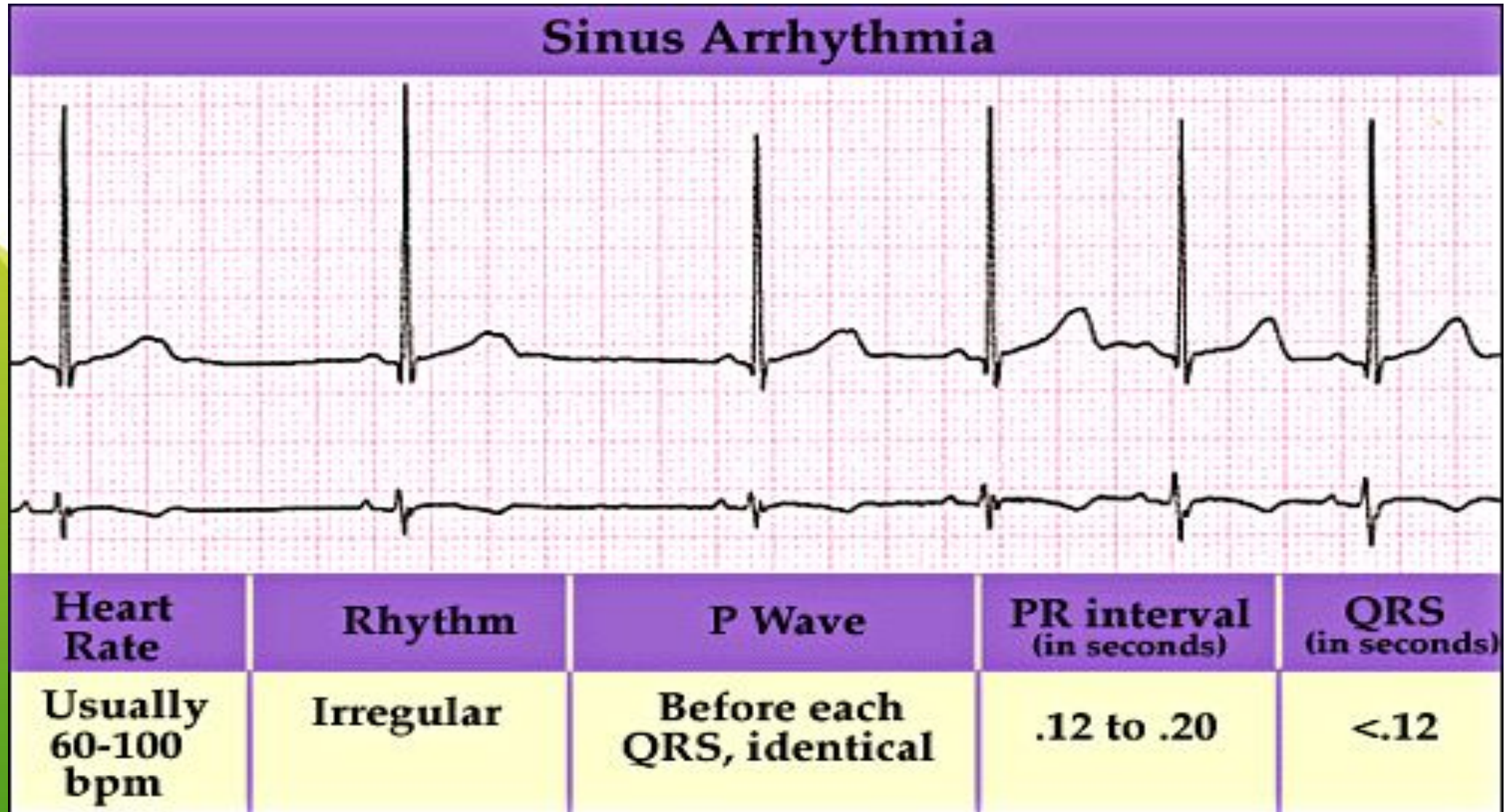
Sinus Tachycardia



Heart Rate	Rhythm	P Wave	PR interval (in seconds)	QRS (in seconds)
> 100 bpm	Regular	Before each QRS, identical	.12 to .20	<.12

RỐI LOẠN NHỊP TIM

Loạn nhịp xoang



RỐI LOẠN NHỊP TIM

Ngoại tâm thu thất

Unifocal PVC's: identical shapes
Note: A single PVC is labeled isolated

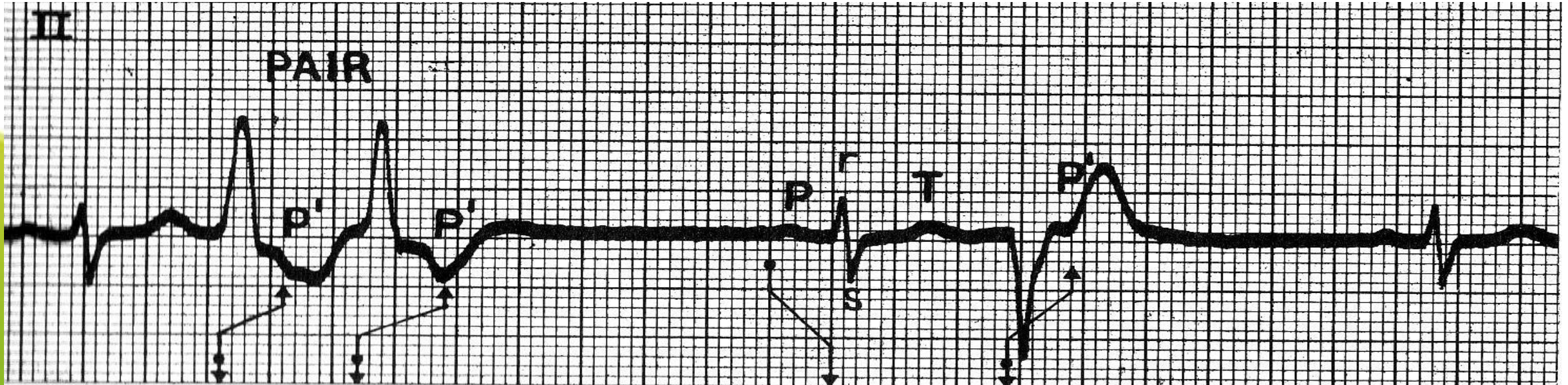


Multifocal PVC's: more than one shape



RỐI LOẠN NHỊP TIM

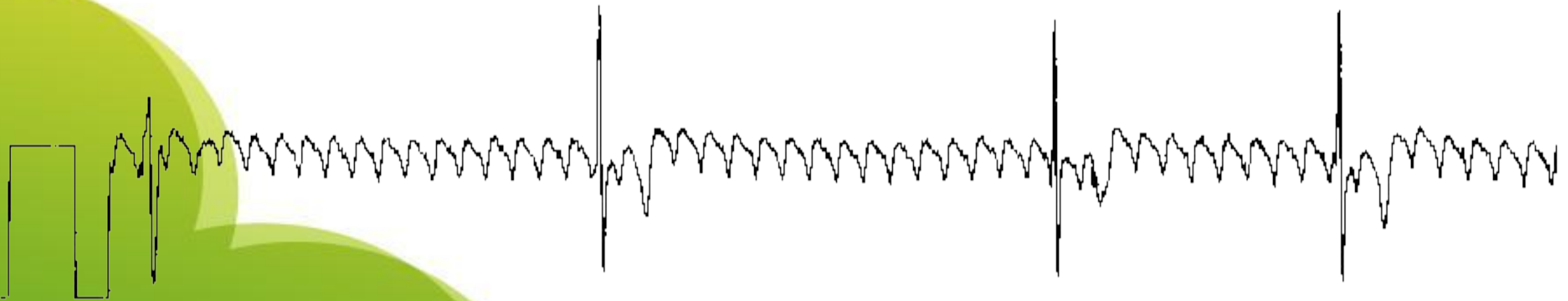
Ngoại tâm thu thất



Nhịp xoang với NTT P' và P , P' và P là hay thỉnh thoảng. Chú ý tình trạng đến truyền ngược
lên nhĩ.

RỐI LOẠN NHỊP TIM

Flutter nhĩ



NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NHỊP TIM TRONG THAI KỲ

- Điều trị bệnh tim mạch kèm theo nếu có
- Tìm và điều trị các nguyên nhân gây loạn nhịp khác (bệnh tuyến giáp, rượu, cà phê, thuốc lá, nghiện opioid, do các thuốc khác...)
- Chỉ điều trị nếu loạn nhịp tim dai dẳng hoặc loạn nhịp có triệu chứng, hoặc đe dọa tính mạng mẹ, thai

SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG LOẠN NHỊP Ở THAI PHỤ

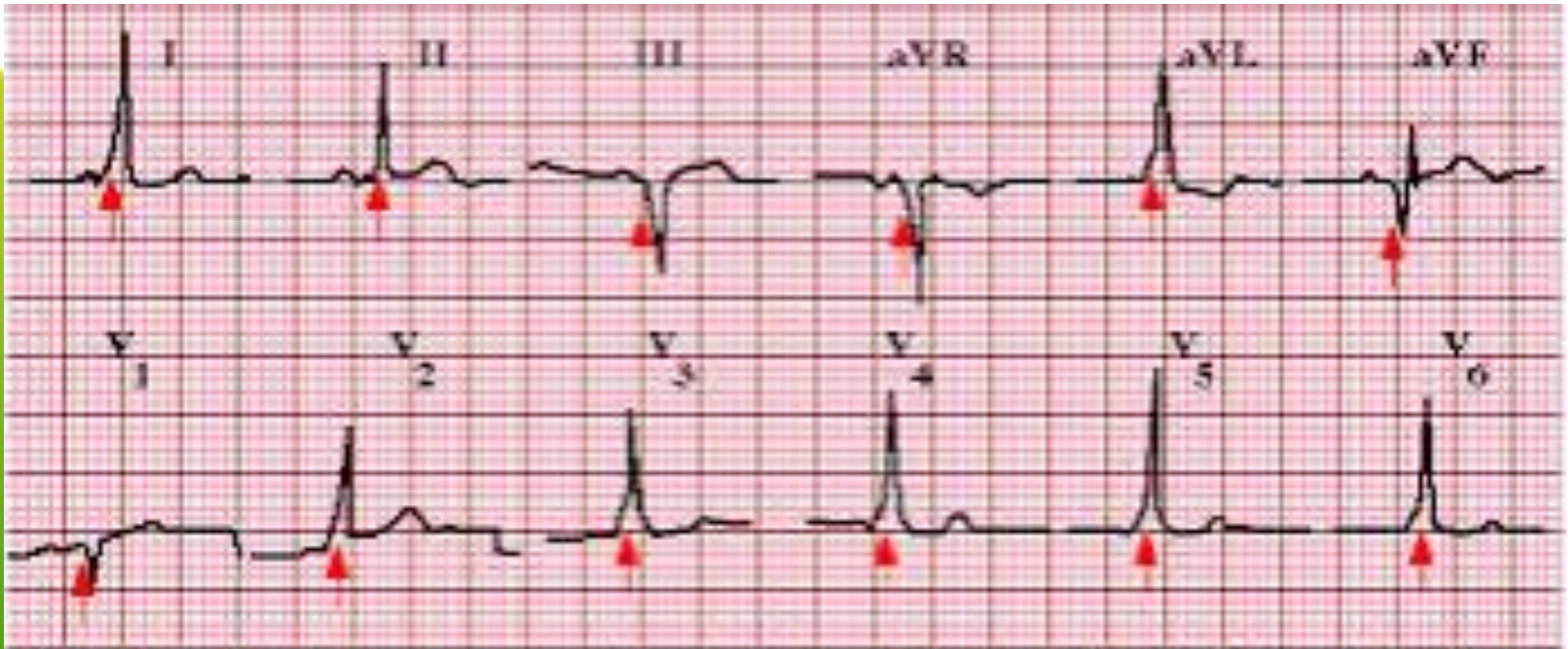
- Digoxin: qua rau thai nhưng an toàn với mẹ và thai ở liều điều trị.
- Quinin: không gây dị tật cho thai nhưng có thể gây đẻ non.
- Chẹn beta (Labetalol) : có thể sử dụng nhưng có thể gây tác dụng phụ trên thai
- Lidocain: có thể sử dụng trong khi có thai, lưu ý hiện tượng “bẫy ion”
- Amiodaron : gây thai chậm phát triển trong tử cung, đẻ non và nhược giáp...
- Adenosin : được chọn để điều trị nhịp nhanh kịch phát trên thất, ít ảnh hưởng đến thai .

VÔ CẢM ĐỀ MỠ LẤY THAI Ở SẢN PHỤ BỊ RỐI LOẠN NHỊP TIM

- Gây tê NMC giảm đau có tác dụng tốt vì làm giảm catecholamin
- Hội chẩn BS Tim mạch
- Phát hiện các nguyên nhân và điều trị các rối loạn nhịp trước mổ
- Đảm bảo không bị rối loạn điện giải, toan kiềm...
- Gây mê toàn thân nếu rối loạn nhịp tim nguy hiểm
- Có thể sốc điện chuyển nhịp khi loạn nhịp gây ảnh hưởng huyết động

HỘI CHỨNG WPW

- PR < 0,12 s; sóng Delta



HỘI CHỨNG WPW

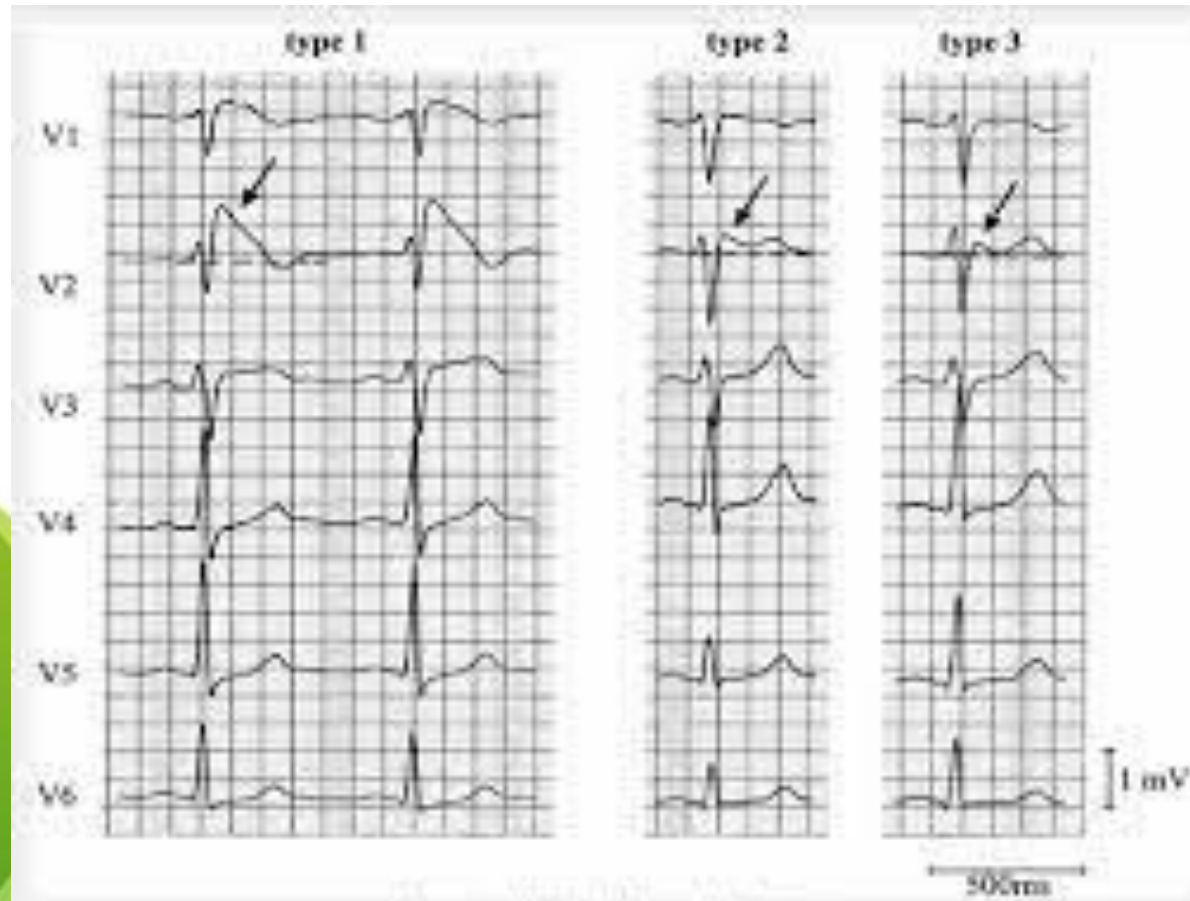
- Bất thường bẩm sinh: có đường dẫn truyền nhĩ thất phụ
- Tỷ lệ 0,3% số ca sinh
- Có nguy cơ gây rung nhĩ hoặc rung thất

HỘI CHỨNG WPW

- Tiền mê: Tiếp tục duy trì các thuốc chống loạn nhịp. Nên dùng Hydroxyzine
- CCĐ: Atropin, Digitalis, Adenosin, chẹn kênh Ca^{++} , Prostigmin
- Gây mê: Tránh các nguyên nhân gây nhịp nhanh (không nên dùng: Ketamin, Pancuronium)
- Đặt NKQ khi mê đủ sâu và nên dự phòng bằng Esmolol
- Điều trị cơn nhịp nhanh: Flecainide, Amiodaron có thể phối hợp Esmolol. Sốc điện khi nhịp nhanh có tụt HA

HỘI CHỨNG BRUGANDA

- ST chênh lên ở V1-V3 và Bloc nhánh phải



HỘI CHỨNG BRUGANDA

- Bất thường bẩm sinh của kênh Natri
- Nguyên nhân hàng đầu gây đột tử
- Tái cực không đồng bộ gây loạn nhịp, nhịp nhanh thất, rung thất
- Dự phòng rung thất bằng đặt máy chống rung

HỘI CHỨNG BRUGANDA

- Luôn phải XN lại điện giải đồ
- Đặt điện cực để sốc điện ngoài lồng ngực trước khởi mê
- Theo dõi liên tục đoạn ST trên điện tim
- Gây mê: Tránh các nguyên nhân gây nhịp nhanh
- **Tránh dùng: Atropin, Adrenalin, chẹn Beta giao cảm**
- Gây tê: Có thể dùng Lidocain, Ephedrin

XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN !

