Các điểm chính trong Khuyến cáo Xử trí rối loạn nhịp thất và Dự phòng đột tử do tim của Hội Tim mạch châu Âu (ESC) năm 2022

Phan Đình Phong, Đặng Việt Phong
Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Phan Đình Phong

TỔNG QUAN

Đột tử và rối loạn nhịp thất là những biến cố nghiêm trọng nhất đối với bệnh nhân tim mạch cũng như gia đình. Thống kê cho thấy, đột tử do tim (Sudden cardiac death – SCD) chiếm 50% tử vong tim mạch và 50% các trường hợp đột tử là biểu hiện đầu tiên của bệnh. Điều trị rối loạn nhịp thất, đặc biệt phân tầng nguy cơ đột tử trên bệnh nhân tim mạch hiện nay vẫn là thách thức lớn. Với các tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm gene, cũng như mapping và triệt đốt những rối loạn nhịp thất phức tạp, Hội tim mạch châu Âu đã cho ra đời khuyến cáo mới về xử trí rối loạn nhịp thất (Ventricular arrhythmias – VA) và SCD sau 7 năm kể từ lần cập nhật gần nhất năm 2015.

Khuyến cáo 2022 bao gồm 4 nội dung chính (1) Các điểm chung trong đánh giá và xử trí bệnh nhân VA/SCD, (2) Xử trí cấp cứu các rối loạn nhịp thất, (3) Xử trí dài hạn các rối loạn nhịp thất, và (4) Kiểm soát rối loạn nhịp thất và đột tử do tim trên những bệnh lý cụ thể [1].

Trong bài viết này, chúng tôi sẽ tóm tắt những điểm nổi bật nhất của khuyến cáo năm 2022 về xử trí rối loạn nhịp thất và dự phòng đột tử của Hội Tim mạch châu Âu.

1. Các điểm chung trong đánh giá và xử trí bệnh nhân rối loạn nhịp thất/đột tử do tim

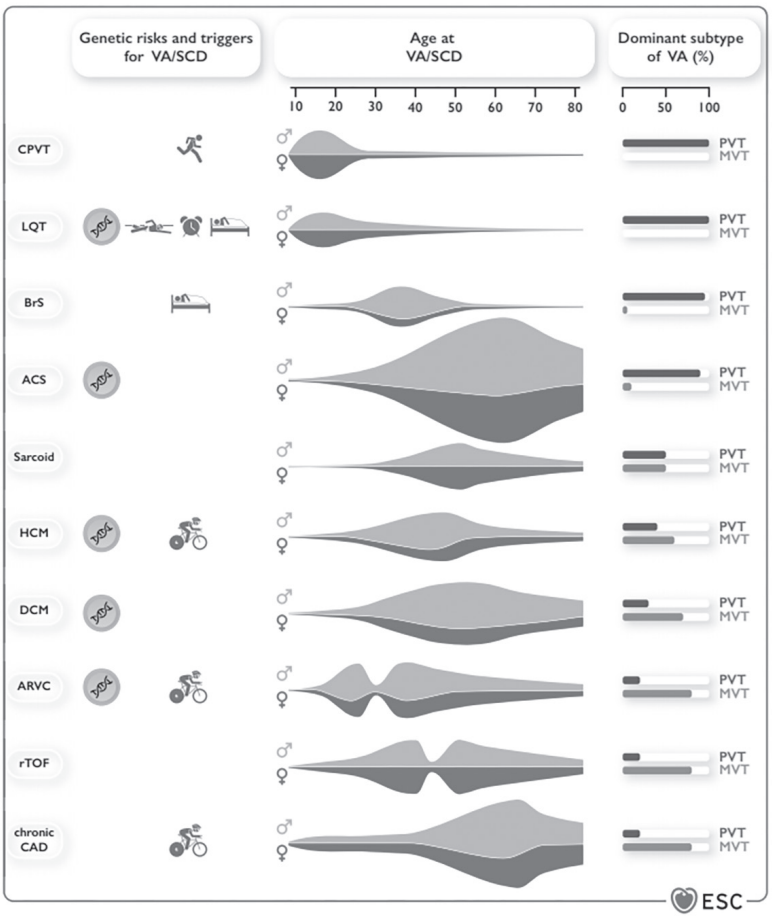
Theo phương châm lấy bệnh nhân làm trung tâm, Hội Tim mạch châu Âu nhấn mạnh tầm quan trọng của phối hợp đa chuyên khoa và các trung tâm chuyên khoa sâu trong đánh giá bệnh nhân và tiến hành các thủ thuật can thiệp (ví dụ triệt đốt bằng catheter, hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể, ngoại tim mạch hỗ trợ, .v.v..). Đột tử do tim có thể là biểu hiện đầu tiên trong một nửa số trường hợp với căn nguyên rất khác nhau tùy từng nhóm đối tượng. Các yếu tố nguy cơ về di truyền, yếu tố khởi phát, tuổi và các phân nhóm chính của các rối loạn nhịp thất được tóm tắt ở hình minh họa trung tâm của khuyến cáo (Hình 1).

Tỷ lệ tử vong của các bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện rất cao, do vậy lần đầu tiên Hội Tim mạch châu Âu đưa ra các hướng dẫn cụ thể về xử trí ngừng tim ngoài cộng đồng: (1) Khuyến khích đào tạo cấp cứu ngừng tuần hoàn cho cộng đồng (Loại I), (2) Khuyến cáo người qua đường (bystander) hồi sức tim phổi càng sớm càng tốt khi có ngừng tim ngoại viện (Loại I), (3) Trang bị máy phá rung tự động ở những khu vực thường xảy ra ngừng tuần hoàn (Loại I), (4) Gọi người hỗ trợ qua hệ thống báo động trên điện thoại thông minh (Loại IIb).

Về đánh giá bệnh nhân, khuyến cáo nhấn mạnh vai trò của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh chuyên sâu như siêu âm đánh giá sức căng cơ tim và chụp cộng hưởng từ tim. Ví dụ, chụp cộng hưởng từ tim ngấm thuốc muộn không chỉ giúp giúp chẩn đoán,

phân tầng nguy cơ mà còn hỗ trợ triệt đốt rối loạn nhịp thất qua đường ống thông.

Hai mục mới được tách ra trong phần đánh giá chung bệnh nhân là các nghiệm pháp đả kích (provocative tests) và xét nghiệm gene. Khuyến cáo hướng dẫn theo dõi bệnh nhân sau nghiệm pháp đả kích tùy theo kết quả test và thuốc sử dụng. Sau một nghiệm pháp dương tính, cần theo dõi ít nhất 24 giờ nếu dùng flecainide, trong khi với ajmaline chỉ cần theo dõi 4 giờ.



Hình 1. Dịch tễ và các yếu tố nguy cơ chính của rối loạn nhịp thất/đột tử do tim.
CPVT: nhịp nhanh thất đa hình thái liên quan catecholamine; DCM: bệnh cơ tim giãn; HCM: bệnh cơ tim phì đại; LQT: h/c QT dài; MVT: tim nhanh thất đơn dạng; PVT: tim nhanh thất đa hình thái; rTOF: tứ chứng Fallot đã sửa chữa; SCD: đột tử do tim; VA: rối loạn nhịp thất; VF: rung thất.

Về xét nghiệm gene, Hội Tim mạch châu Âu khuyến khích sử dụng giải trình gene thế hệ mới (next-generation sequencing). Tuy nhiên trong thực hành lâm sàng thường quy, chỉ nên xét nghiệm các gene có bằng chứng liên quan rõ ràng với bệnh lý, đồng thời chưa có bằng chứng cho thấy lợi ích của sàng lọc gene diện rộng trong cộng đồng. Khuyến cáo cũng nhấn mạnh xét nghiệm gene cần được chỉ định và đánh giá bởi một đội ngũ đa chuyên khoa có kinh nghiệm (Loại I).

Một điểm mới của khuyến cáo 2022 là hướng dẫn tiếp cận bệnh nhân có rối loạn nhịp thất chẩn

đoán lần đầu theo 5 tình huống lâm sàng: (1) Tim nhanh thất không bền bỉ phát hiện tình cờ, (2) Tim nhanh thất bền bỉ, đơn dạng được chẩn đoán lần đầu, (3) Ngừng tuần hoàn được cứu sống, (4) Đột tử không được cứu sống, và (5) Thân nhân của bệnh nhân bị đột tử do rối loạn nhịp. Trong mỗi tình huống, khuyến cáo đều nhấn mạnh tầm quan trọng của khai thác tiền sử gia đình, cũng như đề cập vai trò của chụp cộng hưởng từ tim và xét nghiệm gene. Vai trò của chụp ĐM vành cấp cứu cũng được thảo luận kỹ lưỡng. Các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đều cho thấy chụp ĐM vành cấp không mang lại lợi ích nếu điện tâm đồ không có ST chênh lên. Tuy nhiên ở bệnh nhân không ổn định về điện học và nghi ngờ có thiếu máu cơ tim tiến triển, chụp ĐM vành được khuyến cáo ở mức độ I. Có thể cân nhắc phối hợp chụp ĐM vành và kích thích bằng thuốc (ergonovine, acetylcholine) để chẩn đoán co thắt ĐM vành (Loại IIb).

Với những bệnh nhân đột tử không được cứu sống, khám nghiệm tử thi tìm nguyên nhân có vai trò rất quan trọng. Cần lấy mẫu máu/mô để xét nghiệm gene nếu kết quả giải phẫu tử thi và xét nghiệm độc chất âm tính (Loại I). Kết quả này rất có ý nghĩa tiên lượng với thân nhân của những bệnh nhân đột tử, tuy nhiên không dễ áp dụng trong điều kiện của Việt Nam.

2. Xử trí cấp cứu các rối loạn nhịp thất

Xử trí cấp cứu rối loạn nhịp thất có nhiều điểm mới, một trong số đó là cần sớm cắt cơn đối với tim nhanh thất bền bỉ đơn dạng (SMVT), kể cả khi bệnh nhân dung nạp tốt, vì luôn có nguy cơ suy sụp huyết động nhanh (Loại I). Trong trường hợp SMVT không rối loạn huyết động chưa tìm thấy căn nguyên, cắt cơn bằng procainamide truyền TM được ưu tiên hơn amiodarone (Loại IIa so với IIb), trừ trường hợp suy tim, suy thận nặng hoặc nhồi máu cơ tim cấp. Khuyến cáo này dựa trên kết quả của thử nghiệm PROCAMIO, so sánh ngẫu nhiên hiệu quả cắt cơn SMVT của procainamide và amiodarone[2].

Xử trí cơn bão điện học/tim nhanh thất dai dẳng cũng được hướng dẫn kỹ lưỡng trong khuyến cáo mới. Bệnh nhân đang trải qua cơn bão điện học được khuyến cáo gây mê nhẹ/trung bình để làm giảm stress tâm lý và trương lực giao cảm (Loại I). Gây mê sâu và đặt ống nội khí quản được khuyến cáo cho những cơn bão điện học không đáp ứng với thuốc (Loại IIa). Về thuốc chống loạn nhịp, chẹn beta không chọn lọc (cụ thể propranolol) phối hợp amiodarone là lựa chọn đầu tay. Thuốc chẹn chọn lọc beta 1 tác dụng cực ngắn landiolol được cân nhắc dùng với tim nhanh thất không đáp ứng với amiodarone. Đáng chú ý, triệt đốt qua catheter được khuyến cáo mức độ I cho các trường hợp tim nhanh thất hoặc cơn bão điện học không đáp ứng với thuốc chống loạn nhịp. Với mức khuyến cáo cao hơn, các chuyên gia cũng nhấn mạnh sự cân nhắc triệt đốt cơn tim nhanh trước khi tiến hành gây mê sâu/đặt ống nội khí quản. Tuy nhiên với những bệnh nhân huyết động không ổn định có điểm PAINESD cao, đặt thiết bị hỗ trợ tuần hoàn cơ học dự phòng trước khi triệt đốt giúp giảm nguy cơ tử vong hơn so với đặt cấp cứu trong lúc triệt đốt[3]. Triệt đốt cũng được khuyến cáo mức IIa trong trường hợp một dạng ngoại tâm thu thất cố định khởi kích liên tục rung thất/nhanh thất đa hình thái, không đáp ứng với điều trị thuốc hoặc tái thông ĐM vành.

Các liệu pháp điều hòa thần kinh tự chủ (Autonomic modulation) cho thấy một số hứa hẹn, tuy nhiên hiệu quả chưa rõ ràng nên chỉ được khuyến cáo mức IIb để kiểm soát các cơn bão điện học trơ với thuốc loạn nhịp và không triệt đốt được.

3. Xử trí dài hạn các rối loạn nhịp thất

Về kiểm soát lâu dài các rối loạn nhịp thất, không có nhiều điểm thay đổi so với năm 2015.

Khuyến cáo nhấn mạnh cần đánh giá toàn diện bệnh nhân trước khi cấy/thay máy phá rung tự động (ICD). Các điểm cần cân nhắc bên cạnh chỉ định

cấy máy là kỳ vọng sống của bệnh nhân, chất lượng cuộc sống cũng như các bệnh lý đồng mắc. Quyết định cuối cùng luôn phải có sự tham gia ý kiến của bệnh nhân, đồng thời cần đánh giá tác động của ICD trên tâm lý của mọi người bệnh (Loại I). Đối với bệnh nhân có các tình trạng giai đoạn cuối, có thể cân nhắc tắt máy ICD (Loại I).

Không có cập nhập thêm về dự phòng đột tử trên bệnh nhân suy tim tâm thu nặng do thiếu máu cơ tim. Chỉ định cấy ICD dự phòng tiên phát trên bệnh nhân suy tim nặng nhưng không có thiếu máu cơ tim vẫn tiếp tục gây tranh cãi. Mặc dù trong thử nghiệm DANISH, cấy ICD dự phòng tiên phát không làm giảm tử vong chung trên bệnh nhân suy tim không do bệnh ĐM vành, nhưng một phân tích gộp năm 2018 lại cho thấy ICD giúp giảm 31% tỷ lệ tử vong chung so với điều trị nội khoa đơn thuần[4,5]. Có khuyến cáo riêng đối với bệnh cơ tim giãn/bệnh cơ tim giảm co bóp không giãn (HNDC) liên quan tới di truyền, viêm, bệnh lý thâm nhiễm hoặc thần kinh-cơ.

Khuyến cáo mới tiếp tục khẳng định lợi ích lâm sàng của cài đặt ICD với thời gian phát hiện cơn dài hơn (8-12 giây hoặc 30 nhịp), ngưỡng chẩn đoán cao hơn (188 so với 200 chu kỳ/phút) và cửa sổ phân biệt với nhịp nhanh trên thất lớn hơn (tới 230 chu kỳ/phút). Điểm mới trong khuyến cáo là đề cập tới điều trị nội khoa/can thiệp phối hợp để dự phòng ICD shock không phù hợp. Ví dụ, triệt đốt bằng catheter được khuyến cáo mức I trên bệnh nhân có những cơn tim nhanh kịch phát trên thất tái phát hoặc RN cơn gây shock nhầm.

Các kỹ thuật mới trong dự phòng đột tử cũng được thảo luận trong khuyến cáo mới. ICD dưới da (S-ICD) được khuyến cáo mức IIa thay cho ICD đường tĩnh mạch nếu bệnh nhân không cần tạo nhịp chống nhịp chậm, tạo nhịp cắt cơn nhịp nhanh (ATP) hoặc tạo nhịp tái đồng bộ. Chỉ định máy phá rung đeo ngoài (WCD) trong giai đoạn sớm sau nhồi máu cơ tim vẫn chỉ có mức khuyến cáo IIb trên một số bệnh nhân do không giúp cải thiện tử vong trong các thử nghiệm lâm sàng. Tuy nhiên, đeo máy phá rung ngoài được chỉ định ở bệnh nhân cần bảo vệ tạm thời (tháo máy ICD do nhiễm trùng) với mức khuyến cáo là IIa.

4. Kiểm soát rối loạn nhịp thất và đột tử do tim trên những bệnh tim cấu trúc

Hội chứng vành cấp

Tái tưới máu sớm vẫn là biện pháp dự phòng rối loạn nhịp thất quan trọng nhất với bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên. Chẹn beta trước can thiệp để dự phòng loạn nhịp thất cũng được khuyến cáo ở mức I. Amiodarone đường tĩnh mạch cũng được cân nhắc để hạn chế các loạn nhịp thất tái phát ảnh hưởng tới huyết động (Loại IIa). *Mặc dù được dùng khá phổ biến ở Việt Nam, lidocaine chỉ được khuyến cáo mức IIb sau khi điều trị bằng chẹn beta và amiodarone không hiệu quả.*

Nguy cơ đột tử muộn trên những bệnh nhân có rối loạn nhịp thất sau tái tưới máu >48 giờ vẫn chưa rõ ràng. Rối loạn nhịp thất xuất hiện muộn sau tái tưới máu liên quan tới tăng tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân về lâu dài, trong khi đó rối loạn nhịp thất sớm không liên quan tới biến cố trong 5 năm. Cần thêm các nghiên cứu đánh giá tác động của rối loạn nhịp thất xuất hiện sau can thiệp >48 giờ với nguy cơ đột tử do tim trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên.

Với những bệnh nhân ngừng tuần hoàn được cứu sống do co thắt ĐM vành, ICD được khuyến cáo mức IIa do thuốc giãn mạch vành không đủ hiệu quả bảo vệ khỏi tử vong.

Một số nghiên cứu cho thấy kích thích thất theo chương trình trong giai đoạn sớm sau nhồi máu giúp phân tầng nguy cơ ở các bệnh nhân EF giảm (khuyến cáo mức IIb), tuy nhiên vẫn cần thêm bằng chứng trong tương lai.

Hội chứng ĐM vành mạn tính

Có một số thay đổi quan trọng đối với nhóm

bệnh động mạch vành mạn tính. Khuyến cáo thăm dò điện sinh lý để phân tầng nguy cơ được nâng lên mức I trên nhóm bệnh nhân có nhồi máu cơ tim cũ và ngất chưa giải thích được. Chỉ định dự phòng tiên phát bằng ICD cũng được cập nhật bao gồm cân nhắc cấy máy ở bệnh nhân bệnh động mạch vành EF ≤30% dù NYHA mức I (Loại IIa) và bệnh nhân EF ≤40% có nhanh thất không bền bỉ, nhưng gây được cơn nhanh thất bền bỉ trên thăm dò điện sinh lý (Loại IIa).

Một điểm nổi bật trong khuyến cáo mới là có thể trì hoãn cấy ICD, tiến hành triệt đốt trước nếu bệnh nhân có tim nhanh thất đơn dạng bền bỉ (SMVT) nhưng huyết động dung nạp được và EF ≥40% (IIa). Với những bệnh nhân SMVT khác, cấy ICD vẫn giữ mức khuyến cáo loại I.

Về vai trò của triệt đốt tim nhanh thất trong dự phòng thứ phát, thủ thuật chỉ được khuyến cáo mức IIb với bệnh nhân bệnh ĐM vành mạn tính phù hợp với ICD. Với nhóm này, triệt đốt tiến hành ngay trước hoặc sau khi cấy ICD nhằm giảm gánh nặng rối loạn nhịp và số lần shock của máy. Tuy nhiên với SMVT mà bệnh nhân vẫn dung nạp được, triệt đốt được khuyến cáo mức I nếu có tim nhanh thất dù đang điều trị amiodarone và khuyến cáo mức IIa nếu bệnh nhân đang dùng chẹn beta hoặc sotalol. Kết quả của thử nghiệm SURVIVE-VT cũng ủng hộ triệt đốt tim nhanh thất trước khi dùng thuốc chống rối loạn nhịp trên bệnh nhân SMVT có bệnh ĐM vành, do mang lại kết quả tốt hơn về tỷ lệ tái phát loạn nhịp, tái nhập viện và sống còn[6].

Ngoại tâm thu thất vô căn

Ban biên soạn đã mở rộng và bổ sung nhiều khuyến cáo mới cho bệnh lý này. Khuyến cáo nêu rõ cần loại trừ bệnh tim cấu trúc với bệnh nhân có ngoại tâm thu thất, đặc biệt cân nhắc cộng hưởng từ tim nếu bệnh nhân có yếu tố nguy cơ (tuổi cao, ngoại tâm thu dạng block nhánh phải) hoặc các thăm dò cơ bản chưa loại trừ bệnh tim thực tổn (khuyến cáo IIa, mức độ bằng chứng C). Quyết định điều trị phụ thuộc vào mức độ triệu chứng, ảnh hưởng tới chức năng tim, và vùng khởi phát ngoại tâm thu. Ưu tiên triệt đốt bằng catheter với ngoại tâm thu thất khởi phát từ đường ra thất phải hoặc bó nhánh trái (Loại I); trong khi chẹn beta và chẹn kênh calci là lựa chọn đầu tay cho các trường hợp còn lại (Loại I). Khuyến cáo nhấn mạnh mốc >10% có nguy cơ gây rối loạn chức năng tâm thất trên các bệnh nhân có ngoại tâm thu thất vô căn không triệu chứng, cần theo dõi định kỳ. Có thể cân nhắc triệt đốt bằng catheter với một số trường hợp ngoại tâm thu thất >20% (Loại IIb) dù không triệu chứng. Khuyến cáo nêu rõ cần nghi ngờ bệnh cơ tim do ngoại tâm thu với các trường hợp gánh nặng loạn nhịp >10% (Loại IIa) và vẫn nên chụp cộng hưởng từ tim (Loại IIa). Khi đã khẳng định chẩn đoán, triệt đốt catheter là lựa chọn đầu tay so với dùng thuốc chống rối loạn nhịp (Loại I).

Ngoại tâm thu thất vô căn cũng có chỉ định điều trị nếu có số lượng nhiều và làm trầm trọng một bệnh lý tim thực tổn có sẵn, hoặc làm giảm hiệu quả của liệu pháp tái đồng bộ tim (Loại IIa). Có thể lựa chọn triệt đốt catheter hoặc amiodarone trong các trường hợp này.

Các bệnh lý cơ tim

Điểm đáng chú ý của khuyến cáo mới 2022 là đề cập tới vai trò của gene trong tiên lượng các bệnh lý cơ tim. Khoảng 50% bệnh nhân mắc bệnh cơ tim giãn "vô căn" có các bất thường về gene, trong đó mỗi nhóm đột biến lại có kết cục lâm sàng khác nhau. Ngoài nhóm bệnh nhân đột biến LMNA/C có nguy cơ loạn nhịp cao đã đề cập trước kia, khuyến cáo bổ sung thêm các đột biến khác làm tăng nguy cơ đột tử trên bệnh nhân bệnh cơ tim giãn có EF chưa giảm mạnh, ví dụ như RBM20, PLN, và FLNC. Do có sự chồng lấp (overlap) giữa bệnh cơ tim giãn và bệnh cơ tim gây loạn nhịp, nên tiếp cận xử trí theo đột biến gene được khẳng định hơn là biểu hiện kiểu hình lâm sàng. Ví dụ với bệnh nhân mang đột biến LMNA/C, có thể phân tầng nguy cơ bằng các yếu

tố như giới nam, NSVT, LVEF. Ở bệnh nhân LVEF giảm vừa (36-50%), triệu chứng ngất, khả năng gây cơn VT khi kích thích và chụp cộng hưởng từ tim ngấm thuốc muộn cũng giúp đánh giá nguy cơ đột tử. Nhìn chung cần cân nhắc cấy ICD trên các bệnh nhân có bệnh cơ tim gây loạn nhịp điển hình có ngất hoặc rối loạn chức năng tâm thất đáng kể.

Bảng điểm nguy cơ cổ điển của bệnh cơ tim phì đại vẫn giữ nguyên vai trò trong khuyến cáo mới. Tuy nhiên ở nhóm trong "vùng xám" (nguy cơ đột tử trong 5 năm từ 4-6%), có thể chụp cộng hưởng từ tim để xác định bệnh nhân nguy cơ cao (tỷ lệ ngấm thuốc muộn >15%). Khuyến cáo cũng lần đầu tiên đề xuất đánh giá đột biến gene sarcomere để phân tầng nguy cơ cho nhóm này, mặc dù không đề cập tới đột biến cụ thể. Với các bệnh cơ tim hiếm gặp (bệnh cơ tim hạn chế, bệnh lý thần kinh cơ), chỉ có các khuyến cáo chung dựa trên đồng thuận chuyên gia do thiếu bằng chứng.

Viêm cơ tim, bệnh van tim, bệnh tim bẩm sinh

Vai trò triệt đốt tim nhanh thất được nâng lên trên bệnh nhân viêm cơ tim mạn tính có SMVT tái phát hoặc ICD shock nhiều lần mà đáp ứng kém với thuốc chống loạn nhịp (Loại IIa). Triệt đốt catheter cũng lần đầu tiên được cân nhắc thay thế cho ICD trên bệnh nhân có tim nhanh thất dung nạp tốt, EF bảo tồn và vùng sẹo cơ tim còn ít (Loại IIb). Đáng chú ý, khuyến cáo bổ sung thêm chỉ định cấy ICD cho bệnh nhân viêm cơ tim cấp có rung thất/tim nhanh thất rối loạn huyết động trước khi xuất viện (Loại IIa).

Với bệnh lý viêm u hạt tự miễn (sarcoidosis tim), khuyến cáo cung cấp phác đồ dự phòng đột tử mới với vai trò hàng đầu của chụp cộng hưởng từ tim và thăm dò điện sinh lý. ICD được chỉ định nếu có bất kỳ tình huống nào sau đây: (1) Ngừng tuần hoàn được cứu sống hoặc SMVT (Loại I), (2) LVEF <35% (Loại I), (3) Ngấm thuốc muộn đáng kể trên cộng hưởng từ tim sau giai đoạn viêm cấp (Loại IIa), (4) Có chỉ định tạo nhịp vĩnh viễn do block nhĩ thất độ cao (Loại IIa), (5) LVEF 36-50%, ngấm thuốc thì muộn ít, nhưng gây được cơn SMVT khi kích thích thất theo chương trình (Loại IIa). Triệt đốt bằng catheter cũng đem lại lợi ích, nhưng chỉ được khuyến cáo nếu không đáp ứng với thuốc chống loạn nhịp (Loại IIb).

Trong bệnh lý van tim, khuyến cáo mới đề xuất thăm dò điện sinh lý và sẵn sàng triệt đốt tim nhanh thất do vòng vào lại phân nhánh ở bệnh nhân có bệnh lý van ĐM chủ và SMVT, đặc biệt nếu cơn VT xuất hiện sau TAVI (Loại I). Liên quan giữa sa van hai lá và đột tử cũng ngày càng được chú ý, đặc biệt vai trò của cộng hưởng từ tim trong phân tầng nguy cơ. Tuy nhiên vẫn cần thêm dữ liệu trên nhóm bệnh nhân này.

Về bệnh tim bẩm sinh, khuyến cáo nhấn mạnh cần đánh giá các tổn thương tồn dư hoặc bất thường cấu trúc mới ở bệnh nhân tim bẩm sinh xuất hiện rối loạn nhịp thất (Loại I). Nhịp nhanh trên thất kèm đường dẫn truyền phụ nhĩ-thất có nguy cơ gây đột tử, đặc biệt ở bệnh nhân đảo gốc ĐM đã phẫu thuật đảo vị trí tâm nhĩ, phẫu thuật Fontan và bệnh Epstein. Do đó khuyến cáo bổ sung chỉ định triệt đốt trên những bệnh nhân đã có ngừng tuần hoàn (Loại IIa). Với tứ chứng Fallot đã phẫu thuật, thăm dò điện sinh lý vẫn được khuyến cáo để phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân mắc tim nhanh thất không bền bỉ có triệu chứng (Loại IIa); tuy nhiên chỉ định bị hạ xuống mức IIb nếu bệnh nhân không có triệu chứng. Đáng chú ý, bệnh nhân tứ chứng Fallot đã sửa chữa có cơn SMVT, khuyến cáo nên cắt/triệt đốt các eo giải phẫu trọng yếu của cơn VT trước hoặc trong khi phẫu thuật/thay van ĐM phổi qua da (Loại IIa).

5. Kiểm soát rối loạn nhịp thất và đột tử do tim trên các bệnh lý loạn nhịp tiên phát

Đa số khuyến cáo cho các bệnh lý loạn nhịp tim tiên phát di truyền vẫn chỉ có cấp độ bằng chứng C. Xét nghiệm gene tiếp tục được nhấn mạnh trong khuyến

cáo mới, chỉ định mức I với hầu hết bệnh lý kênh ion.

Mặc dù là chẩn đoán loại trừ, rung thất vô căn được xếp vào nhóm bệnh lý điện học tiên phát trong khuyến cáo này. Có thể cân nhắc xét nghiệm gene và thăm khám lâm sàng thân nhân bậc I (Loại IIb). Khuyến cáo sử dụng isoproterenol, quinidine hoặc verapamil để xử trí cấp cứu cơn bão điện học và dùng quinidine lâu dài để giảm số lần shock của ICD (Loại IIa). Mức khuyến cáo của triệt đốt catheter cho ngoại tâm thu khởi kích cơn rung thất tái phát được hạ từ I xuống IIa.

Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng QT dài vẫn giữ nguyên (QTc ≥ 480ms với bệnh nhân không triệu chứng và ≥ 460ms với bệnh nhân có triệu chứng). Nghiệm pháp epinephrine không còn được khuyến khích sử dụng thường quy (Loại III) do tính lặp lại kém; tuy nhiên nghiệm pháp đứng dậy nhanh (brisk standing test) lại tỏ ra hữu ích trong chẩn đoán. Chẹn beta giao cảm vẫn được chỉ định cho mọi bệnh nhân mắc QT dài, tuy nhiên khuyến cáo mới nêu rõ cần ưu tiên chọn các thuốc chẹn beta không chọn lọc như nadolol và propranolol. Ngoài ra, chỉ định sử dụng mexiletine cho bệnh nhân LQTS type 3 cũng được nâng từ IIb lên I. Do đó xác định kiểu gene rất quan trọng trong định hướng điều trị. Bệnh Andersen-Tawil lần đầu tiên tách thành mục riêng ở khuyến cáo 2022 (trước còn gọi là LQTS type 7). Ở nhóm này, chẹn beta và flecainide được dùng để điều trị rối loạn nhịp thất; cấy ICD khi có ngừng tuần hoàn hoặc loạn nhịp thất gây rối loạn huyết động; cấy loop recorder nếu có ngất không giải thích được.

Có những thay đổi quan trọng trong tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng QT ngắn. Tiêu chuẩn mức I bao gồm QTc ≤ 360ms và một đột biến gene hoặc tiền sử liên quan (VT/VF được cứu sống hoặc tiền sử gia đình có QT ngắn). QTc ≤ 320ms (thay vì 340ms) có thể sử dụng làm tiêu chuẩn chẩn đoán duy nhất (Loại IIa). Xét nghiệm gene cũng được chỉ định mức I với bệnh lý này.

Điểm nổi bật của khuyến cáo lần này là thay đổi tiêu chuẩn chẩn đoán với hội chứng Brugada. Với trường hợp điện tâm đồ Brugada type I xuất hiện sau dùng thuốc chẹn kênh natri hoặc sốt (không phải type I tự nhiên), chỉ chẩn đoán hội chứng Brugada nếu có các dấu hiệu lâm sàng khác (ghi nhận được rung thất/nhanh thất đa hình thái, ngất do loạn nhịp, tiền sử gia đình có hội chứng Brugada hoặc đột tử do tim < 45 tuổi). Thay đổi này là do độ đặc hiệu của các nghiệm pháp kích thích không được cao như dự đoán ban đầu. Chỉ định cấy ICD dự phòng thứ phát không thay đổi; vẫn thiếu những khuyến cáo chung về theo dõi bệnh nhân không triệu chứng nhưng test flecainide dương tính. Phân tầng nguy cơ trên bệnh nhân Brugada không triệu chứng vẫn là một thách thức và gây nhiều tranh cãi. Kể cả với Brugada type I tự phát, thăm dò điện sinh lý chỉ có khuyến cáo ở mức IIb. Chỉ định cấy ICD cũng chỉ được cân nhắc mức IIb nếu gây đươc rung thất với tối đa 3 xung kích thích trên bệnh nhân không triệu chứng. Chỉ định triệt đốt với bệnh nhân Brugada (triệt đốt cơ chất thượng tâm mạc hoặc ngoại tâm thu khởi kích rung thất) được nâng từ IIb lên IIa nếu bệnh nhân bị ICD shock nhiều mà không đáp ứng với quinidine.

Trong khuyến cáo 2022, lần đầu tiên hội chứng tái cực sớm được tách ra một mục riêng. Isoproterenol và quinidine được khuyến cáo mức IIa trong điều trị cơn bão điện học và giảm số lần shock ICD. Cần cân nhắc cấy loop-recorder nếu bệnh nhân tái cực sớm có ngất nghi ngờ do loạn nhịp (Loại IIa). Khuyến cáo cấy ICD hoặc điều trị quinidine trên bệnh nhân tái cực sớm có ngất nghi ngờ do loạn nhịp kèm 1 yếu tố nguy cơ (điện tâm đồ nguy cơ cao, tiền sử gia đình có người trẻ tuổi đột tử) chỉ ở mức IIb và vẫn còn nhiều tranh cãi.

Xử trí tim nhanh thất đa hình thái liên quan tới catecholamine (CPVT) được hướng dẫn chi tiết và bổ sung một số điểm mới. Chỉ định xét nghiệm gene được nâng lên mức I; chẹn beta được khuyến

cáo trên mọi bệnh nhân có đột biến gene, kể cả khi không biểu hiện ra kiểu hình (Loại IIa). Khuyến cáo cũng nhấn mạnh hiệu quả vượt trội của chẹn beta không chọn lọc (nadolol và propranolol) so với các nhóm khác. Vai trò của triệt đốt thần kinh giao cảm tim cũng được nhắc đến, chỉ định được nâng lên IIa trong các trường hợp không đáp ứng với chẹn beta hoặc flecaninde. Tuy nhiên, khuyến cáo cũng nói rõ kỹ thuật này không thể thay thế ICD nếu có chỉ định.

6. Một số tình trạng khác

Khuyến cáo kiểm soát rối loạn nhịp trên phụ nữ có thai gần như không thay đổi, tuy nhiên có bổ sung triệt đốt catheter với chỉ định mức IIa (sử dụng hệ thống mapping không chiếu tia). Máy phá rung đeo ngoài có thể được cân nhắc ở bệnh nhân mắc bệnh cơ tim chu sản đang chờ LVEF phục hồi, hoặc bệnh nhân đang chờ ghép tim (Loại IIb).

Nguy cơ rối loạn nhịp thất cũng được bàn luận thêm ở 2 nhóm đối tượng: vận động viên và người cao tuổi. Khuyến cáo 2022 chia vận động viên làm 2 nhóm: trẻ tuổi (≤35 tuổi) và trung niên (>35 tuổi). Khuyến cáo về đào tạo cấp cứu ngừng tuần hoàn và lắp đặt máy phá rung ngoài tại các cơ sở thể dục thể thao được nâng từ mức IIa lên I. Khuyến cáo có đề cập rằng lợi ích của ICD trên bệnh nhân >75 tuổi không rõ ràng theo một số nghiên cứu quan sát và RCT, tuy nhiên không có hướng dẫn cụ thể về chỉ định dự phòng đột tử theo tuổi và khuyên nên cá nhân hóa điều trị.

KẾT LUẬN

Khuyến cáo về xử trí rối loạn nhịp thất và dự phòng đột tử của Hội Tim mạch châu Âu năm 2022 đã bổ sung nhiều hướng dẫn mới trong chẩn đoán, phân tầng nguy cơ và điều trị bệnh nhân. Hiệu quả của các kỹ thuật cao như xét nghiệm gene, chụp cộng hưởng từ tim và triệt đốt qua catheter ngày càng được chứng minh rõ hơn. Dù hoàn cảnh thực hành có nhiều khác biệt và hạn chế nguồn lực, cần luôn cân nhắc áp dụng những điểm mới của khuyến cáo tại Việt Nam để nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zeppenfeld K, Tfelt-Hansen J, de Riva M, et al. 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *Eur Heart J*. 2022;43(40):3997-4126. doi:10.1093/eurheartj/ehac262

2. Ortiz M, Martín A, Arribas F, et al. Randomized comparison of intravenous procainamide vs. intravenous amiodarone for the acute treatment of tolerated wide QRS tachycardia: the PROCAMIO study. *Eur Heart J*. 2017;38(17):1329-1335. doi:10.1093/eurheartj/ehw230

3. Muser D, Liang JJ, Castro SA, et al. Outcomes with prophylactic use of percutaneous left ventricular assist devices in high-risk patients undergoing catheter ablation of scar-related ventricular tachycardia: A propensity-score matched analysis. *Heart Rhythm*. 2018;15(10):1500-1506. doi:10.1016/j.hrthm.2018.04.028

4. Køber L, Thune JJ, Nielsen JC, et al. Defibrillator Implantation in Patients with Nonischemic Systolic Heart Failure. *N Engl J Med*. 2016;375(13):1221-1230. doi:10.1056/NEJMoa1608029

5. Sas B, Ps J, Ce J, Jjv M, Rs G. Non-ischaemic cardiomyopathy, sudden death and implantable defibrillators: a review and meta-analysis. *Heart Br Card Soc*. 2018;104(2). doi:10.1136/heartjnl-2016-310850

6. Arenal Á, Ávila P, Jiménez-Candil J, et al. Substrate Ablation vs Antiarrhythmic Drug Therapy for Symptomatic Ventricular Tachycardia. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(15):1441-1453. doi:10.1016/j.jacc.2022.01.050