

# **HỘI CHỨNG NHỊP TIM NHANH TỰ THỂ**

***(POSTURAL TACHYCARDIA SYNDROME - POTS)***



**BSCKI. NGÔ MINH ĐỨC**  
**PHÒNG CAO HUYẾT ÁP**

## GIỚI THIỆU

- Tình trạng không dung nạp tư thế thường là tư thế đứng 3 phút. Nhịp tim nhanh quá mức  $> 30$  nhịp/phút - người trẻ (15- $\blacksquare$  tuổi) ♀  $>$  ♂ (4,5/1)
- Thường không hạ HA tư thế đứng - ngất hiếm xảy ra -  $\blacksquare$  ít HA tăng nhẹ.
- Cần  $\Delta \neq$  hạ HA tư thế (HAHATT) và POTS – Hạ HA tư thế hay gặp ở người lớn tuổi (Ngất –  $\blacksquare$   $\rightarrow$  Gãy cổ xương đùi  $\Delta$  nhâm đột quy).

## NGUYÊN NHÂN

- Kích hoạt giao cảm quá mức (BT tăng nhẹ, HA và nhịp tim).
- Giảm thể tích do suy giảm phân phối lại lượng máu (POTS cải thiện triệu chứng bằng nước muối).
- Các thay đổi chức năng tĩnh mạch - kích thích nhịp nhanh để duy trì cung lượng tim.
- Rối loạn ở thận, TK thận: giảm R.A.A – ALDOSTERONE ↓↓.
- Khác: Suy yếu mãn tính và sa van hai lá – EHLER DANLOS.

## CHẨN ĐOÁN

- **LS:** - Suy nhược, chóng mặt khi đứng, trống ngực.
  - HA có thể BT, thường không hạ HA tư thế đứng.
  - Ngất 40%.
  - Tim nhanh tư thế đứng, **nhịp tim > 30 hoặc 120/phút** - ■ thể có rối loạn chức năng nhận thức.
- **CLS:** - ■ NOR EPINEPHRINE TM (>600mg/ml)
  - Test bàn nghiêng
- **HOLTER HA** (Ghi chú thời điểm đo sau ăn) (nằm – ■ứng) – Lưu ý nhịp tim – giúp Δ POTS và HAHATT.

# CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Bệnh Thần kinh tự trị. RL tự động trung tâm.
- Do thuốc.
- Bệnh TK. ngoại tháp.
- Nhịp tim nhanh không liên quan tư thế.

# POTS VÀ HẠ HA TƯ THỂ

- **Phân biệt POTS và HẠ HA tư thể**

- POTS đơn thuần ở người trẻ chỉ nhịp nhanh tư thể. Không hạ HA thể đứng.
- Hạ HA tư thể ở người cao tuổi thường có tăng HA trước đó, bệnh nền TĐ II – PARKINSON – ■ thể phối hợp Pots (tỷ lệ thấp).

- **HẠ HA TƯ THỂ:** Chóng mặt hoa mắt, té gãy xương, đau cổ vai, **khi nằm thì hết.**

Δ đo HA nằm 5 phút – ■ HA đứng 3 phút. HA tâm thu > 20.  
HA tâm trương > 10 mm Hg.

# PHÂN BIỆT

TRẺ: NỮ >> NAM

POTS

HA BT

NHỊP TIM NHANH

CAO TUỔI: NAM > NỮ

HẠ HA TƯ THỂ

HẠ HA ĐỨNG

NHỊP TIM BT

# ĐIỀU TRỊ

- **KHÔNG THUỐC:** Điều chỉnh mất nước kèm vận động – Loại trừ nguyên nhân do thuốc – Uống và ăn nhiều muối hơn (Giống điều trị hạ HA thể đứng).
- **THUỐC:**
  - Đồng vận ADRENOCEPTOR (MIDORINE) – PHENYL EPHRINE.
  - Ức chế ACETYLCHOLINES TERASE PYRIDOSTIGMIN ( ↓ bớt nhịp tim nhanh).
  - Ức chế BETA (TC ADRENERGIC nổi bật). **INDERAL 20mg (liều thấp).**



# BÀN LUẬN

- Tỷ lệ thấp, ít gặp – không đề cập tại các hội nghị tim mạch trong và ngoài nước.
- Trang bị máy đo HA có kèm SpO<sub>2</sub>
  - Phòng HOLTER: 100 ca đều âm tính (mẫu nghiên cứu rộng ?).
  - Phòng cao HA: Khảo sát 30 ca, chỉ có 1 ca nghi ngờ (nhịp tim lúc đứng 15 nhịp), hạ HA thế đứng (số lượng ít): người già > 65 tuổi có tiểu đường. (Có thể do mẫu nghiên cứu đa số là người lớn tuổi).
- POTS có thể phối hợp: Cầu cơ tim, sa van hai lá.
- Liên quan đột tử (?)

Save

Email

Send to

Display options

[Case Reports](#) > [Europace](#). 2008 Apr;10(4):482-5. doi: 10.1093/europace/eun062.

Epub 2008 Mar 13.

# Postural tachycardia syndrome and coronary artery bridge

Sahar S Abdelmoneim<sup>1</sup>, Sherif Moustafa, Farouk Mookadam

Affiliations + expand

PMID: 18339609 DOI: [10.1093/europace/eun062](https://doi.org/10.1093/europace/eun062)

## Abstract

Postural tachycardia syndrome (POTS) is characterized by the presence of orthostatic tachycardia in the absence of orthostatic hypotension with a heart rate increase of  $\geq 30$  bpm. Patients often relate complaints of palpitations, exercise intolerance, fatigue and near-syncope or syncope, other non-specific symptoms such as headache and nausea may be present as well to varying degrees. Myocardial bridging is rare occurring in 0.5-16% in angiographic studies. Clinical presentation is protean and can manifest as atrioventricular blockade, ventricular tachycardia, myocardial ischaemia, sudden cardiac death, and myocardial infarction. However, the majority of patients with myocardial bridging are asymptomatic. We describe a case of POTS syndrome and myocardial bridging co-existing and presenting a therapeutic challenge.

## FULL TEXT LINKS

OXFORD  
ACADEMIC

## ACTIONS

Cite

Favorites

## SHARE



## PAGE NAVIGATION

&lt; Title &amp; authors

Abstract

Similar articles

Publication types

# BÀN LUẬN

- Tại phòng khám Cao HA, từ lâu BN đã được đo HA hai tay – ■ HA nằm, đứng. BN được đo lúc vào, đi xét nghiệm siêu âm về được đo lại lần 2, luôn quan tâm nhịp tim.
- Con tăng HA khẩn cấp luôn được điều trị cấp cứu tại phòng khám (đo nhiều lần, holter ngắn), khi ra toa HA bệnh nhân khá ổn định 140 – 160.
- Tăng HA người trẻ luôn được quan tâm tìm nguyên nhân:
  - Siêu âm: thận, thượng thận, ĐM thận, ĐM cảnh, siêu âm tim.
  - Xét nghiệm: thận, kali máu, đường, mỡ, Cortisol máu, aldosterone máu, Renin, Metanephrine, Free Metanephrine.
  - CT: Thận, thượng thận, ĐM thận (xu hướng chỉ định mở rộng để tầm soát) – MRI động mạch thận.

***Thank you for your attention***

