NHỊP NHANH XOANG KHÔNG THÍCH HỢP SAU PHẪU THUẬT CẮT BỎ MỘT BÊN PHỔI TRÊN BỆNH NHÂN CARCINOMA PHỔI TẾ BÀO GAI DI CĂN TIM

Hong Hieu Truong MD[31], Steven Pham DO[32], Phan Thao Nguyen Tran MD[33], Ba Duong Duong MD[31], Khoa Ngoc Dang Tran MD[33], Hadrian Hoang-Vu Tran MD[34], Hien Quang Nguyen MD[31], Minh Duy Nguyen[35], Thi Xuan Vien Phan MD PhD[31], Nghi Tran MD[31], Quang Dat Ha MD[31], Thanh Hoang MD[36], Thy M Tran MD[37], Chau Dang MD[38], Hoang Nhat Pham MD[39], Phillip Tran DO[40]

Tóm tắt

Bối cảnh: Rối loạn nhịp tim là bệnh đồng mắc và là yếu tố nguy cơ độc lập cho tỷ lệ tử vong cao ở bệnh nhân ung thư phổi. Hiện nay, quy trình điều trị vẫn còn nhiều tranh cãi.

Case lâm sàng: Bệnh nữ 68 tuổi nhập viện vì khó thở nhiều và hồi hộp. Tiền căn ghi nhận ung thư biểu mô gai giai đoạn IIIB phổi phải và di căn tim. Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ phổi và hóa xạ trị hỗ trợ. Sinh hiệu ghi nhận nhịp nhanh 116 lần/phút và sp02 91% khí phòng. ECH cho thấy nhịp nhanh xoang (127 lần/p), dãn nhĩ trái, block nhánh phải không hoàn toàn. CTA ngực không phát hiện thuyên tắc phổi. Siêu âm tim qua thành ngực cho thấy phân suất tống máu 55%, không tổn thương cấu trúc, và không viêm màng ngoài tim. Bệnh nhân được điều trị với metoprolol 50mg/ngày. Sau 4 tháng điều trị, bệnh nhân cải thiện nhiều về triệu chứng. ECG cho thấy nhịp nhanh xoang với tần số thất 101 lần/phút, dãn 2 nhĩ, và block nhánh phải không hoàn toàn. Metoprolol được tăng liều lên 75mg/ngày nhằm kiểm soát tần số thất tốt hơn.

Bàn luận: Nhịp nhanh xoang sau phẫu thuật cắt phổi cần được tiếp cận đúng đắn. Chúng tôi đề nghị một quy trình gồm 3 bước như sau:

1. Loại trừ các nguyên nhân cấu trúc và chức năng của rối loạn nhịp bằng cách sử dụng các xét nghiệm và phương tình hình ảnh học bao gồm CTA và siêu âm tim.

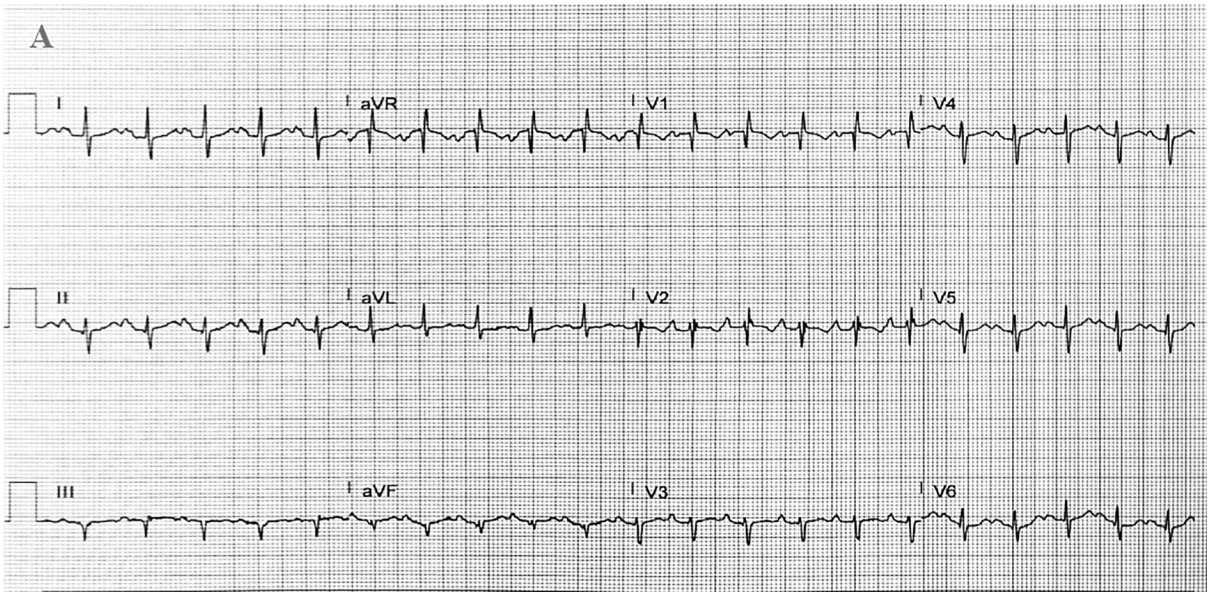
[31] University of Medicine and Pharmacy of HCMC
[32] Kansas City University College of Osteopathic Medicine, USA
[33] Pham Ngoc Thach University of Medicine
[34] Otto-vonGuericke University, Magdeburg, Germany
[35] San Diego State University
[36] Hue University of Medicine and Pharmacy, [6] Vietnam Military Medical University Faculty of Medicine
[37] University of Debrecen, Hungary
[38] Hue University of Medicine and Pharmacy
[39] University of Milan, Italy
[40] Nam Can Tho University

2. Tập trung vào kiểm soát tần số và điều trị triệu chứng bằng các thuốc chống loạn nhịp như thuốc ức chế beta, thuốc chẹn kênh Calci, Ivabradine, Amiodarone.

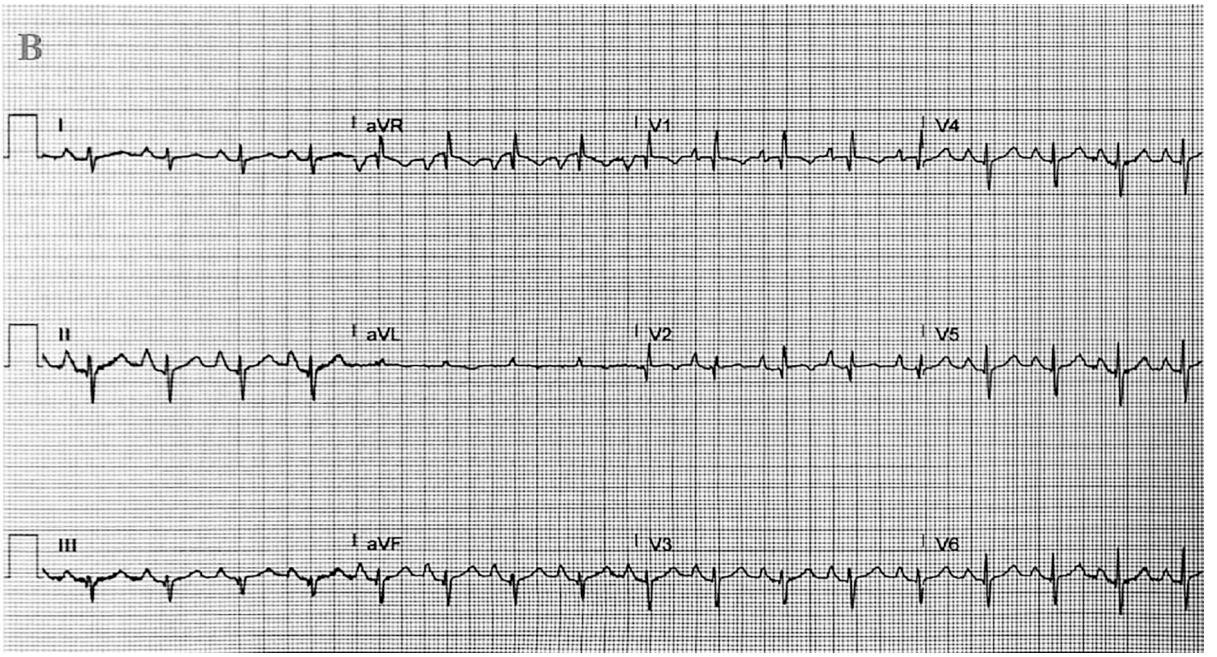
3. Cẩn thận theo dõi trong 3-6 tháng nhằm đánh giá lại tần số thất, và triệu chứng lâm sàng thông qua thằm khám, ECG, và siêu âm tim nếu cần.

Bệnh nhân của chúng tối đáp ứng tốt với điều trị bằng thuốc Chẹn beta. Liều tối ưu cần được điều chỉnh được trên kết quả ECG và triệu chứng lâm sàng.

Kết luận: Rối loạn nhịp tim thường đi kèm với tỷ lệ tử vong cao trước và sau phẫu thuật ca8tt1 bỏ phổi. Một phương pháp tiếp cận đầy đủ cần được sử dụng để đánh giá chính xác các rối loạn này. Điều trị nên tập trung vào kiểm soát tần số thất và cải thiện triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân.



Hình 1. Ecg cho thấy nhịp nhanh xoang tần số thất 127 lần/p, trục lệch trái, nghi ngờ dãn nhĩ trái, block nhánh phải không hoàn toàn, và có thể nhồi máu cũ thành dưới.



Hình 2. Ecg cho thấy nhanh xoang với tần số thất 101 lần/p, trục lệch trái với dãn 2 nhĩ, và block nhánh phải không hoàn toàn

INAPPROPRIATE TACHYCARDIA POST-PNEUMONECTOMY OF SQUAMOUS CELL CARCINOMA WITH CARDIAC METASTASIS

Hong Hieu Truong MD[41], Steven Pham DO[42], Phan Thao Nguyen Tran MD[43], Ba Duong Duong MD[41], Khoa Ngoc Dang Tran MD[43], Hadrian Hoang-Vu Tran MD[44], Hien Quang Nguyen MD[41], Minh Duy Nguyen[45], Thi Xuan Vien Phan MD PhD[41], Nghi Tran MD[41], Quang Dat Ha MD[41], Thanh Hoang MD[46], Thy M Tran MD[47], Chau Dang MD[48], Hoang Nhat Pham MD[49], Phillip Tran DO[50]

Abstract

Background: Cardiac arrhythmia is a comorbidity and independent risk predictor for the high mortality of lung cancer. To our knowledge, a management protocol is controversial.

Case: A 68-year-old female presented to the hospital because of severe dyspnea and palpitation. Her medical history includes a stage IIIB squamous cell carcinoma of the right lung and cardiac metastasis. She was treated with pneumonectomy and chemoradiation. Her vital sign was remarkable for a heart rate of 116 beats per minute (bpm) and oxygen saturation of 91%, room air. ECG showed sinus tachycardia (127 bpm), left atrial enlargement, incomplete right bundle branch block (RBBB). Computed Tomography Angiography (CTA) of the chest showed no pulmonary embolism. The transthoracic echocardiogram (TTE) demonstrated an ejection fraction of 55%, no structural lesion, and no pericarditis. She was then treated with metoprolol 50mg daily. After four months of treatment, the patient was asymptomatic. Her ECG showed persistent sinus tachycardia (101 bpm), bilateral atrial enlargement, and an incomplete RBBB. Metoprolol was increased to 75mg daily for better ventricular rate control.

Discussion: Post-pneumonectomy sinus tachycardia requires a suitable approach. We suggest a three-step protocol including:

[41] University of Medicine and Pharmacy of HCMC
[42] Kansas City University College of Osteopathic Medicine, USA
[43] Pham Ngoc Thach University of Medicine
[44] Otto-vonGuericke University, Magdeburg, Germany
[45] San Diego State University
[46] Hue University of Medicine and Pharmacy, [6] Vietnam Military Medical University Faculty of Medicine
[47] University of Debrecen, Hungary
[48] Hue University of Medicine and Pharmacy
[49] University of Milan, Italy
[50] Nam Can Tho University

1. Rule out functional and structure etiology of cardiac arrhythmias using laboratory tests and imaging modalities, including chest CTA and TTE.

2. Focus on rate control and symptomatic treatment using anti-arrhythmic drugs such as Betablocker, CCB, Ivabradine, Amiodarone.

3. Careful follow-up in 3-6 months to re-evaluate ventricular rate and clinical symptoms using physical examination, ECG, and TTE if necessary.

Our patient has a good response with Beta-blockers. The optimal dose should be titrated based on ECG and clinical symptoms.

Conclusion: Cardiac arrhythmia is associated with high mortality pre and post-pneumonectomy. A throughout approach should be followed when evaluating these disorders. Management concentrates on controlling the ventricular rate and improve the patient's symptoms.

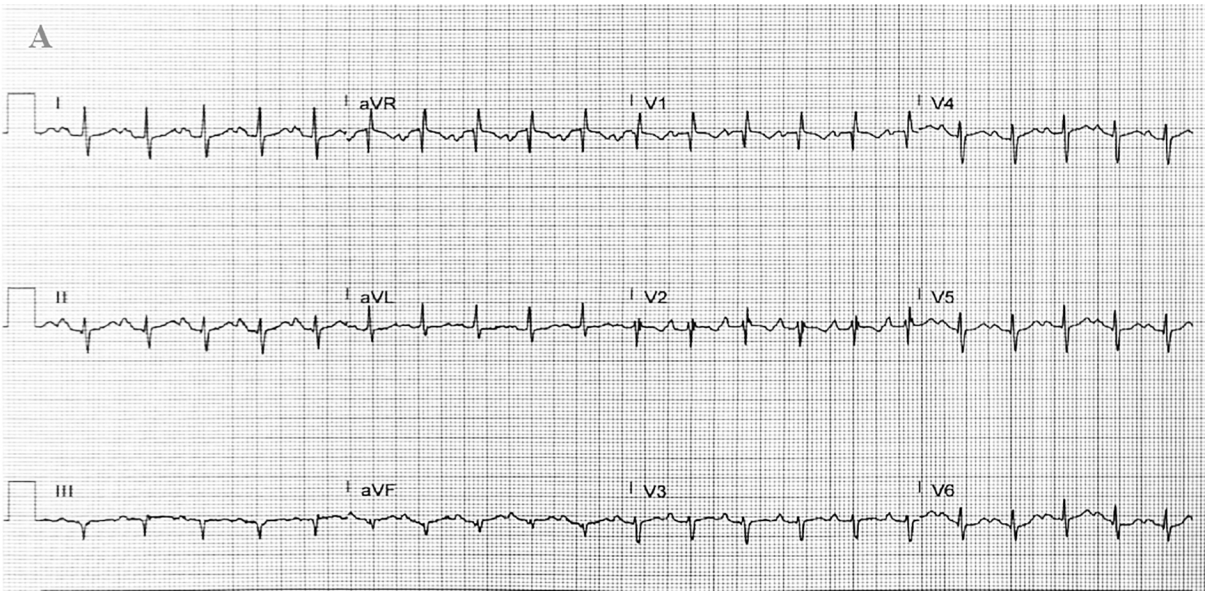


Figure 1. Ecg showed sinus tachycardia with a ventricular rate of 127 bpm, left axis deviation with suspected left atrial enlargement, incomplete right bundle branch block, and possible old inferior myocardial infarction

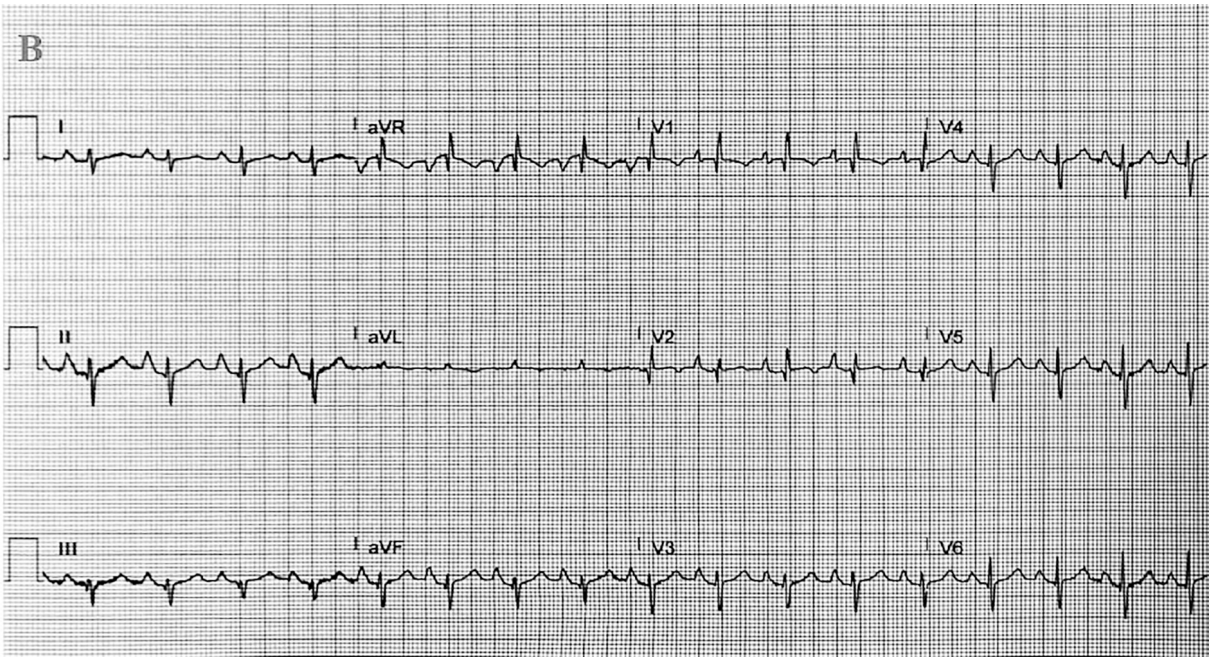


Figure 2. ECG showed sinus tachycardia with a ventricular rate of 101 bpm, left axis deviation with bilateral atrial enlargement, and an incomplete right bundle branch block