

NGẤT (SYNCOPE)

Santiago O. Valdes, MD, FAAP • Michael Bruno, MD • Patrick Sean Connell, MD, PhD

CƠ BẢN

DỊCH TỄ HỌC

Tỷ lệ mắc mới

- Chiếm 1–3% số lượt khám cấp cứu và 1% số ca nhập viện
- Tỷ lệ mắc tăng lên sau tuổi 70, và tỷ lệ mắc mới hằng năm ở người cao tuổi sống trong cơ sở chăm sóc (>75 tuổi) là 7%.

Tỷ lệ hiện mắc

- Khoảng 20–35% người trưởng thành từng có ≥ 1 lần ngất trong đời; 15% ở trẻ em <18 tuổi
- Tỷ lệ hiện mắc ở người cao tuổi sống trong cơ sở chăm sóc (>75 tuổi) là 23%.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

- Hạ huyết áp toàn thân thứ phát do giảm cung lượng tim và/hoặc giãn mạch hệ thống dẫn đến giảm tưới máu não và gây mất ý thức.
- Nguyên nhân tim mạch
 - Tắc nghẽn đường ra
 - Hẹp van động mạch chủ
 - Bệnh cơ tim phì đại: nguyên nhân thường gặp nhất gây đột tử do tim khi gắng sức ở vận động viên trẻ
 - Thuyên tắc phổi (PE)
 - Tăng áp phổi
 - Rối loạn nhịp tim
 - Nhịp nhanh thất bền bỉ (VT)
 - Nhịp nhanh trên thất (SVT) (rung nhĩ, cuồng nhĩ, SVT vào lại)
 - Xoắn đỉnh (TdP)
 - Rối loạn nhịp chậm
 - Block nhĩ thất độ 2 và độ 3
 - Hội chứng suy nút xoang
- Nguyên nhân ngoài tim
 - Ngất phản xạ do phe vị (ngất qua trung gian thần kinh [NMS]/ngất do thần kinh–tim): giãn mạch không phù hợp dẫn đến hạ huyết áp toàn thân qua trung gian thần kinh và giảm lưu lượng máu não; theo tình huống (tiểu tiện, đại tiện, ho, đau, cảm xúc mạnh, chải tóc)
 - Hạ huyết áp tư thế (OHT): cân nhắc mất nước, thai kỳ, thiếu máu, thuốc.
 - Do thuốc/rượu
 - Suy tự chủ nguyên phát: suy tự chủ đơn thuần, bệnh Parkinson
 - Suy tự chủ thứ phát: đái tháo đường, thoái hóa dạng tinh bột (amyloidosis)
 - Tăng nhạy cảm xoang cảnh
 - Không rõ nguyên nhân
- NMS là nguyên nhân thường gặp nhất ở người trưởng thành.
- Phần lớn các trường hợp ở trẻ em là do rối loạn trương lực vận mạch lành tính.
- Đột quỵ, động kinh và cơn giả động kinh do tâm lý có thể giống ngất nhưng là các chẩn đoán khác biệt.

Di truyền học

Một số bệnh cơ tim và rối loạn nhịp có thể mang tính di truyền (ví dụ: hội chứng QT dài, nhịp nhanh thất đa hình do catecholamine, hội chứng Brugada, bệnh cơ tim phì đại). Các hội chứng suy tự chủ nguyên phát và thứ phát cũng như NMS cũng có thể có liên quan về di truyền.

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Bệnh tim (mắc phải hoặc cấu trúc)
- Mất nước
- Thuốc
 - Thuốc hạ huyết áp
 - Thuốc giãn mạch (bao gồm chẹn kênh canxi, ức chế men chuyển, và nitrat)
 - Phenothiazin
 - Thuốc chống trầm cảm
 - Thuốc chống loạn nhịp
 - Thuốc lợi tiểu

DỰ PHÒNG CHUNG

Xem mục “Yếu tố nguy cơ”.

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

Xem mục “Nguyên nhân và Sinh lý bệnh”.

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Khai thác bệnh sử kỹ lưỡng, khám thực thể và điện tâm đồ (ECG) quan trọng hơn các xét nghiệm khác trong việc xác định chẩn đoán (1).
- Cần phân biệt rõ với chóng mặt kiểu xoay tròn (cảm giác quay, xoay, choáng váng), động kinh, hoặc các nguyên nhân gây ngã không kèm mất ý thức. Khởi phát ngắt thường nhanh, hồi phục tự nhiên, nhanh và hoàn toàn. Thời gian của cơn ngắt thường ngắn (<60 giây).
- Hoàn cảnh xảy ra: đứng lâu, đi tiểu, ho, đại tiện, sau ăn, và cảm xúc mạnh thường liên quan đến NMS. Cần nhắc tăng nhạy cảm xoang cảnh khi có cử động cổ đột ngột. Cần nhắc nguyên nhân tim khi ngắt xảy ra lúc gắng sức.
- Số lần ngắt trước đó (nguyên nhân ngắt lành tính thường chỉ xảy ra một lần)
- Có triệu chứng báo trước hay không: gợi ý NMS.
 - Người cao tuổi ít có triệu chứng báo trước hơn.
- Hồi hộp, đau ngực hoặc khó thở: gợi ý nguyên nhân tim.
- Tư thế khi ngắt (nằm ngửa: loạn nhịp; đứng: NMS; từ nằm sang đứng: hạ huyết áp tư thế)
- Ngắt kéo dài: cần nhắc nguyên nhân tâm thần hoặc thần kinh.
- Hồi phục chậm: cần nhắc nguyên nhân thần kinh (sau cơn co giật).
- Hồi tiền sử gia đình về hội chứng QT dài, nhịp nhanh thất đa hình do catecholamine, hội chứng Brugada, máy khử rung tim cấy được (ICD), bệnh cơ tim phì đại, hoặc đột tử không rõ nguyên nhân ở người thân trẻ tuổi (<50 tuổi).
- Dấu hiệu nguy cơ cao: đau ngực mới xuất hiện, khó thở, đau bụng, đau đầu, ngắt khi gắng sức hoặc khi nằm ngửa, hoặc hồi hộp đột ngột ngay trước khi ngắt
- Ngay cả sau khi đánh giá kỹ lưỡng, bao gồm các thủ thuật chẩn đoán và xét nghiệm chuyên biệt, nguyên nhân chỉ được xác định ở 50–60% bệnh nhân.

KHÁM THỰC THỂ

Đánh giá hạ huyết áp tư thế:

- Đo huyết áp và mạch khi bệnh nhân nằm ngửa 5 phút, sau đó cho bệnh nhân đứng dậy và đo lại huyết áp, mạch ngay lập tức, sau 1 phút và sau 3 phút đứng.

- Huyết áp tâm thu giảm ≥ 20 mmHg, hoặc huyết áp tâm trương giảm ≥ 10 mmHg, hoặc xuất hiện choáng váng/chóng mặt được coi là bất thường.
- Kiểm tra tiếng thổi ở tim hoặc dấu hiệu thần kinh khu trú.
- Dấu hiệu nguy cơ cao: huyết áp tâm thu không giải thích được < 90 mmHg, gợi ý xuất huyết tiêu hóa khi thăm khám trực tràng, nhịp chậm kéo dài (< 40 lần/phút) không do luyện tập thể lực, hoặc tiếng thổi tâm thu chưa được chẩn đoán

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Con ngã đột ngột (drop attacks)
- Chóng mặt
- Động kinh
- Đột quỵ/thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA)
- Nguyên nhân tâm thần (rối loạn phân ly, cơ thể hóa): thiếu các thay đổi về huyết động và/hoặc thần kinh tự chủ

XÉT NGHIỆM & CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN

- Mục tiêu là xác định các tình trạng đe dọa tính mạng hoặc có nguy cơ chấn thương cao (2)[C].
- Bệnh sử toàn diện, tiền sử gia đình, khám thực thể và ECG nên định hướng cho các xét nghiệm tiếp theo.
- Có thể sử dụng thang điểm EGSYS (Evaluation of Guidelines in Syncope Study) hoặc các thang điểm khác để nghi ngờ ngất do tim (3)[C].
- Không có xét nghiệm đơn lẻ nào xác định được nguyên nhân gây ngất (2).

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh)

- Nên thực hiện ECG cho hầu hết bệnh nhân.
 - Cân nhắc nguyên nhân tim nếu có thay đổi thiếu máu cục bộ, block hai nhánh, block nhĩ thất, nhịp chậm xoang < 40 lần/phút hoặc ngừng xoang > 3 giây, QTc kéo dài, hội chứng tiền kích thích, và block nhánh luân phiên.
- Các xét nghiệm khác nên dựa theo bệnh sử và khám thực thể:
 - Công thức máu, điện giải đồ, BUN, creatinin
 - Đường huyết (ít có giá trị nếu bệnh nhân không triệu chứng hoặc đến khám sau nhiều giờ)
 - BNP
 - Men tim (chỉ khi bệnh sử gợi ý nhồi máu cơ tim)
 - D-dimer (để tầm soát thuyên tắc phổi)
 - Xét nghiệm thai và xét nghiệm ma túy trong nước tiểu
 - Chẩn đoán hình ảnh tim hoặc thần kinh ban đầu chỉ khi có chỉ định
 - Xạ hình phổi hoặc CT xoắn ốc ngực nếu nghi ngờ thuyên tắc phổi

Xét nghiệm theo dõi & Các cân nhắc đặc biệt

- Nếu bệnh sử và khám thực thể gợi ý bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh van tim, hoặc bệnh tim bẩm sinh (1),(2)[B]
 - Nghiệm pháp gắng sức (nếu ngất khi gắng sức) (1),(2)[C]
 - Siêu âm tim (1),(2)[B]
- Theo dõi ECG, nội trú hoặc ngoại trú (1)[B]
 - Cân nhắc khi nghi ngờ nguyên nhân tim.
 - Lựa chọn thiết bị ngoại trú (ví dụ: Holter, máy ghi vòng ngoài, máy ghi vòng cấy được) nên dựa vào tần suất triệu chứng.
- Thăm dò điện sinh lý (1),(2)[B]
 - Cân nhắc khi nghi ngờ nguyên nhân tim.
 - Kết quả dương tính gặp ở 22–82% bệnh nhân có bệnh tim từ trước và/hoặc ECG bất thường
- Chẩn đoán hình ảnh sọ não, siêu âm động mạch cảnh và điện não đồ (EEG) không được khuyến cáo thường quy trong đánh giá ngất nhưng có thể hữu ích nếu bệnh sử và khám thực thể gợi ý vấn đề thần kinh (1)[C].
- Đánh giá tăng nhạy cảm xoang cảnh (2)[B]
 - Nên cân nhắc ở bệnh nhân > 40 tuổi hoặc ngất khi quay đầu, đặc biệt khi mặc áo cổ chật, hoặc có khối u/sẹo vùng cổ.

- Kỹ thuật chưa được chuẩn hóa; xoa nhẹ từng bên cổ trong 5–10 giây với theo dõi liên tục mạch và huyết áp/ECG. Nói chung, tái hiện triệu chứng kèm ngừng thất ≥ 3 giây và/hoặc huyết áp tâm thu giảm ≥ 50 mmHg được coi là dương tính. Tránh thực hiện ở bệnh nhân có tiền sử TIA hoặc đột quỵ.
- Cần chuẩn bị sẵn atropin.
- Nghiệm pháp bàn nghiêng (1),(2)[B]
 - Nghiệm pháp gợi ngất do phế vị
 - Kết quả thường không lặp lại được.
 - Tỷ lệ dương tính giả cao
- Đánh giá tâm thần (2)[C]: chỉ định khi nghi ngờ ngất do nguyên nhân tâm lý. Bệnh tâm thần và lạm dụng chất có thể liên quan đến ngất.

Thủ thuật chẩn đoán/Khác

Máy ghi vòng ngoài hoặc cấy được có thể hữu ích hơn theo dõi ngoại trú ngắn hạn; hữu ích ở nhóm bệnh nhân chọn lọc bị ngất tái phát, với hiệu suất chẩn đoán khoảng 55% (1)[B]

Diễn giải xét nghiệm

Tùy thuộc vào nguyên nhân và sự hiện diện của các bệnh lý tim mạch hoặc thần kinh nền.

ĐIỀU TRỊ

- Duy trì tình trạng đủ nước và lượng muối bình thường là điều trị ban đầu. Giáo dục bệnh nhân về các dấu hiệu báo trước của ngất (1).
- Phần lớn bệnh nhân nhi cải thiện với các biện pháp không dùng thuốc.

BIỆN PHÁP CHUNG

- NMS: trấn an, giáo dục, điều chỉnh hành vi
- Bệnh nhân cao tuổi chưa từng được chẩn đoán bệnh tim nên nhập viện nếu bác sĩ nghĩ nguyên nhân ngất có khả năng do tim.
- Bệnh nhân không có bệnh tim, đặc biệt là bệnh nhân trẻ (<60 tuổi), có thể được đánh giá an toàn ngoại trú.
- Kê thuốc chống loạn nhịp cho các rối loạn nhịp đã ghi nhận xảy ra đồng thời với ngất hoặc triệu chứng tiền ngất. Rối loạn nhịp không triệu chứng không nhất thiết cần điều trị.
- Thang điểm EGSYS có thể giúp phân biệt ngất do tim với ngất không do tim dựa trên các dữ kiện bệnh sử cơ bản. Bao gồm hồi hộp, ngất khi gắng sức hoặc ở tư thế nằm ngửa, triệu chứng báo trước kiểu thần kinh thực vật và các yếu tố khởi phát đặc hiệu. ECG bất thường cũng được đưa vào tính điểm này (3)[C].

THUỐC ĐIỀU TRỊ

Thuốc hàng đầu

- Hướng đến các bất thường tim mạch hoặc thần kinh nền cụ thể
- Trong các trường hợp NMS và OHT tái phát (1)[B],(4)
 - Mineralocorticoid (fludrocortisone)
 - Chủ vận α -adrenergic (midodrine)
 - Tiền chất norepinephrine (droxidopa)

Thuốc hàng hai

- SSRI (paroxetine, sertraline, fluoxetine) (1)[C]
- Thuốc kháng phế vị (disopyramide)

VẤN ĐỀ CHUYÊN TUYẾN/HỘI CHẨN

Khi nghi ngờ nguyên nhân tim hoặc thần kinh, cần hội chẩn chuyên khoa phù hợp, theo chỉ định.

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG

Dành cho ngất do phế vị/thần kinh–tim/NMS

- Các nghiệm pháp tăng áp lực cơ (counterpressure maneuvers) và tập luyện giúp cải thiện triệu chứng và giảm tái phát ngất do phế vị (1).
- Ngủ ở tư thế đầu cao (2)[C]
- Đai bụng và/hoặc vớ áp lực (1),(2)[C]
- Tăng lượng dịch và muối để duy trì thể tích nội mạch trong các trường hợp NMS tái phát

PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT KHÁC

- Đặt máy khử rung tim cấy được (ICD) cho bệnh nhân có bệnh tim nguy cơ đột tử cao và/hoặc ngất tái phát dù đã dùng thuốc (ví dụ: hội chứng QT dài, Brugada, nhịp nhanh thất đa hình do catecholamine, bệnh cơ tim phì đại) (1),(2)[B]
- Nhiều tác giả khuyến cáo đặt máy tạo nhịp ở bệnh nhân có:
 - Block nhĩ thất độ 2 (Mobitz type II) và độ 3
 - Nguy cơ cao tiến triển thành block nhĩ thất độ 3 (block hai nhánh, khoảng HV >100 ms khi thăm dò điện sinh lý)
 - Block dưới nút do tạo nhịp gây ra
 - Thời gian phục hồi nút xoang ≥ 3 giây

NHẬP VIỆN, ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VÀ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

- Bệnh nhân có nguyên nhân ngất lành tính với kết quả đánh giá cấp cứu âm tính thường có tiên lượng tốt, ngay cả khi có các yếu tố nguy cơ khác (5)[B].
- Quy tắc ROSE khuyến cáo nhập viện nếu có bất kỳ yếu tố nào sau đây: BNP ≥ 300 pg/mL, nhịp chậm HR ≤ 50 , xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính, thiếu máu với hemoglobin ≤ 9 g/dL, đau ngực kèm ngất, ECG có sóng Q (không ở chuyển đạo III), hoặc độ bão hòa oxy $\leq 94\%$ khi thở khí phòng (6).
- Xuất viện sau khi:
 - Đạt được ổn định huyết động
 - Kiểm soát đầy đủ rối loạn nhịp hoặc co giật, nếu có

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN CÁO THEO DÕI

Theo dõi bệnh nhân

- Tái khám thường xuyên đối với bệnh nhân có nguyên nhân ngất do tim, đặc biệt nếu đang dùng thuốc chống loạn nhịp
- Bệnh nhân không rõ nguyên nhân ngất hiếm khi (5%) được chẩn đoán ra trong quá trình theo dõi.
- Khuyến khích quay video tại nhà bằng điện thoại thông minh đối với các trường hợp ngất tái phát.

CHẾ ĐỘ ĂN

Không có chế độ ăn đặc biệt trừ khi bệnh nhân có bệnh tim hoặc NMS (xem mục “Các liệu pháp bổ sung”)

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Trấn an rằng hầu hết các nguyên nhân do tim đều có thể điều trị được, và những trường hợp không do tim thường có tiên lượng tốt, ngay cả khi không tìm ra nguyên nhân.
- Các nghiệm pháp tăng áp lực cơ học có thể ngăn ngừa tái phát ngất do phế vị.
- Cần nhắc kỹ xem bệnh nhân có nên lái xe trong thời gian đang được đánh giá ngất hay không. Bác sĩ cần nắm rõ các quy định pháp luật liên quan tại địa phương.

TIÊN LƯỢNG

- Phần lớn bệnh nhân (80%) không bị tái phát ngất.
- Tỷ lệ tử vong tích lũy sau 2 năm:
 - Thấp: bệnh nhân trẻ (<60 tuổi) có nguyên nhân ngất không do tim hoặc không rõ nguyên nhân

- Trung bình: bệnh nhân lớn tuổi (>60 tuổi) có nguyên nhân ngất không do tim hoặc không rõ nguyên nhân
- Cao: bệnh nhân có nguyên nhân ngất do tim
- Các yếu tố tiên lượng độc lập cho kết cục xấu trong ngắn hạn (5),(6)[B]
 - BNP ≥ 300 pg/mL
 - ECG bất thường
 - Khó thở hoặc đau ngực
 - Huyết áp tâm thu <90 mmHg
 - Hematocrit <30%
 - Suy tim sung huyết

BIẾN CHỨNG

Chấn thương do té ngã

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, et al. 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2017;136(5):e60–e122.
2. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al; for ESC Scientific Document Group. 2018 ESC guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*. 2018;39(21):1883–1948.
3. Albassam OT, Redelmeier RJ, Shadowitz S, et al. Did this patient have cardiac syncope? The rational clinical examination systematic review. *JAMA*. 2019;321(24):2448–2457.
4. Eschlböck S, Wenning G, Fanciulli A. Evidence-based treatment of neurogenic orthostatic hypotension and related symptoms. *J Neural Transm*. 2017;124(12):1567–1605.
5. Saccilotto RT, Nickel CH, Bucher HC, et al. San Francisco Syncope Rule to predict short-term serious outcomes: a systematic review. *CMAJ*. 2011;183(15):E1116–E1126.
6. Reed MJ, Newby DE, Coull AJ, et al. The ROSE (Risk stratification Of Syncope in the Emergency department) study. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55(8):713–721.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

Anderson JB, Willis M, Lancaster H, et al. The evaluation and management of pediatric syncope. *Pediatr Neurol*. 2016;55:6–13.

XEM THÊM

- Hẹp van động mạch chủ; Thông liên nhĩ; Tăng nhạy cảm xoang cảnh; Còn ống động mạch; Tăng áp động mạch phổi; Thuyên tắc phổi; Rối loạn co giật (động kinh); Con Stokes-Adams
- Sơ đồ (thuật toán): Ngất; Thiếu máu não cục bộ thoáng qua và Khiếm khuyết thần kinh thoáng qua

MÃ ICD

ICD10

R55 Ngất và trạng thái ngất xỉu (Syncope and collapse)

ĐIỂM LÂM SÀNG QUAN TRỌNG

- Khai thác bệnh sử và khám thực thể kỹ lưỡng là chìa khóa để chẩn đoán.
- Sử dụng ECG/máy ghi biến cố để đánh giá rối loạn nhịp.
- Ngất phản xạ do phế vị (ngất qua trung gian thần kinh [NMS]/ngất do thần kinh–tim) là nguyên nhân thường gặp nhất ở cả trẻ em và người lớn.
- Nguyên nhân thần kinh thực sự gây ngất là hiếm gặp.