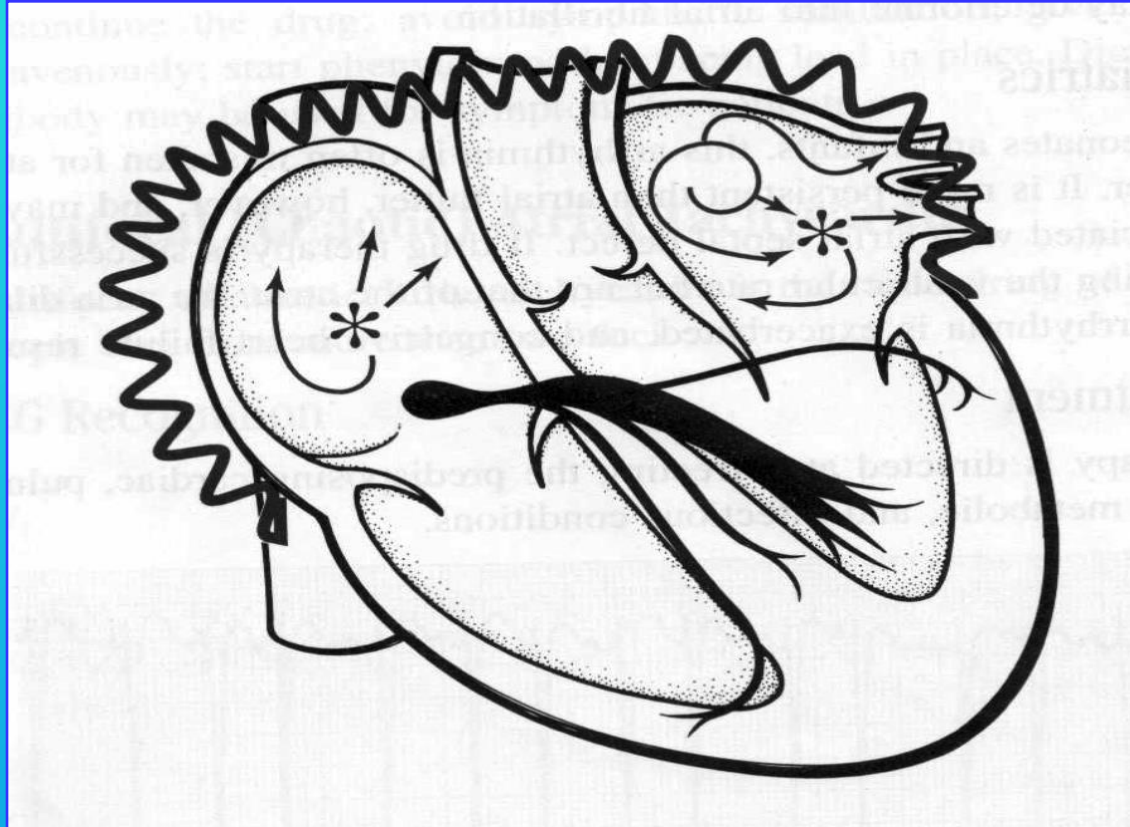


DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ RUNG NHĨ Ở NGƯỜI TĂNG HUYẾT ÁP

*TS.BS Phạm Quốc Khánh, FHRS
Chủ tịch Phân hội Nhịp tim Việt nam*

RUNG NHĨ



Conover: Electrocardiography. 4th ed. Mosby 1998; 68.

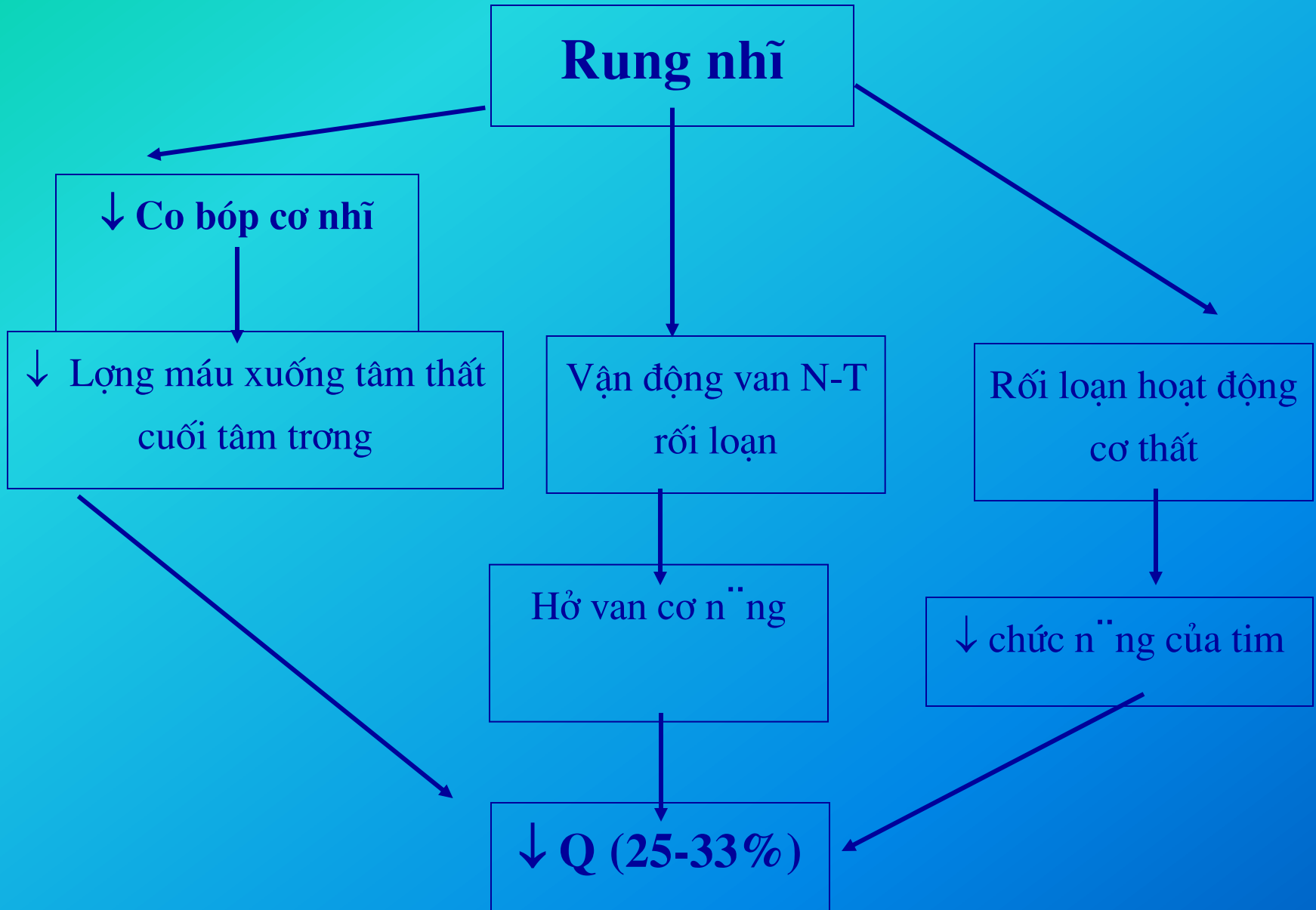
PHÂN LOẠI RUNG NHĨ

- ❖ Cơn rung nhĩ kịch phát: rung nhĩ kéo dài ≤ 7 ngày, tự hết cơn rung nhĩ.
- ❖ Rung nhĩ bền bỉ: rung nhĩ kéo dài >7 ngày, phải dùng các biện pháp chuyển nhịp can thiệp mới có thể cắt được rung nhĩ.
- ❖ Rung nhĩ mãn tính: kéo dài hơn 1 năm và không thể cố gắng chuyển nhịp được bằng các biện pháp can thiệp.

NGUYÊN NHÂN RUNG NHĨ

- Tăng huyết áp
- Bệnh tim thiếu máu cục bộ
- Bệnh van tim
- Bệnh cơ tim
- * Hội chứng nút xoang bệnh lý
- * Bệnh tim bẩm sinh
- * Phẫu thuật tim
- * Một số nguyên nhân khác

SINH LÝ BỆNH



RUNG NHĨ VÀ SUY TIM

1. **1. Làm giảm cung lượng tim:**
 - Mất tâm thu ở nhĩ
 - Rút ngắn thì tâm trương
 - Làm nhịp thất không đều
 - Gây khó khăn cho đóng van tim
- 2. Làm trầm trọng thêm bệnh mạch vành:**
 - Tim nhanh làm tăng tiêu thụ ôxy
 - Rút ngắn thì tâm trương
- 3. Làm trầm trọng thêm suy tim:**
 - Gây bệnh cơ tim giãn

TỶ LỆ RUNG NHĨ

Tỷ lệ rung nhĩ trên quần thể chung

0.95% ATRIA study

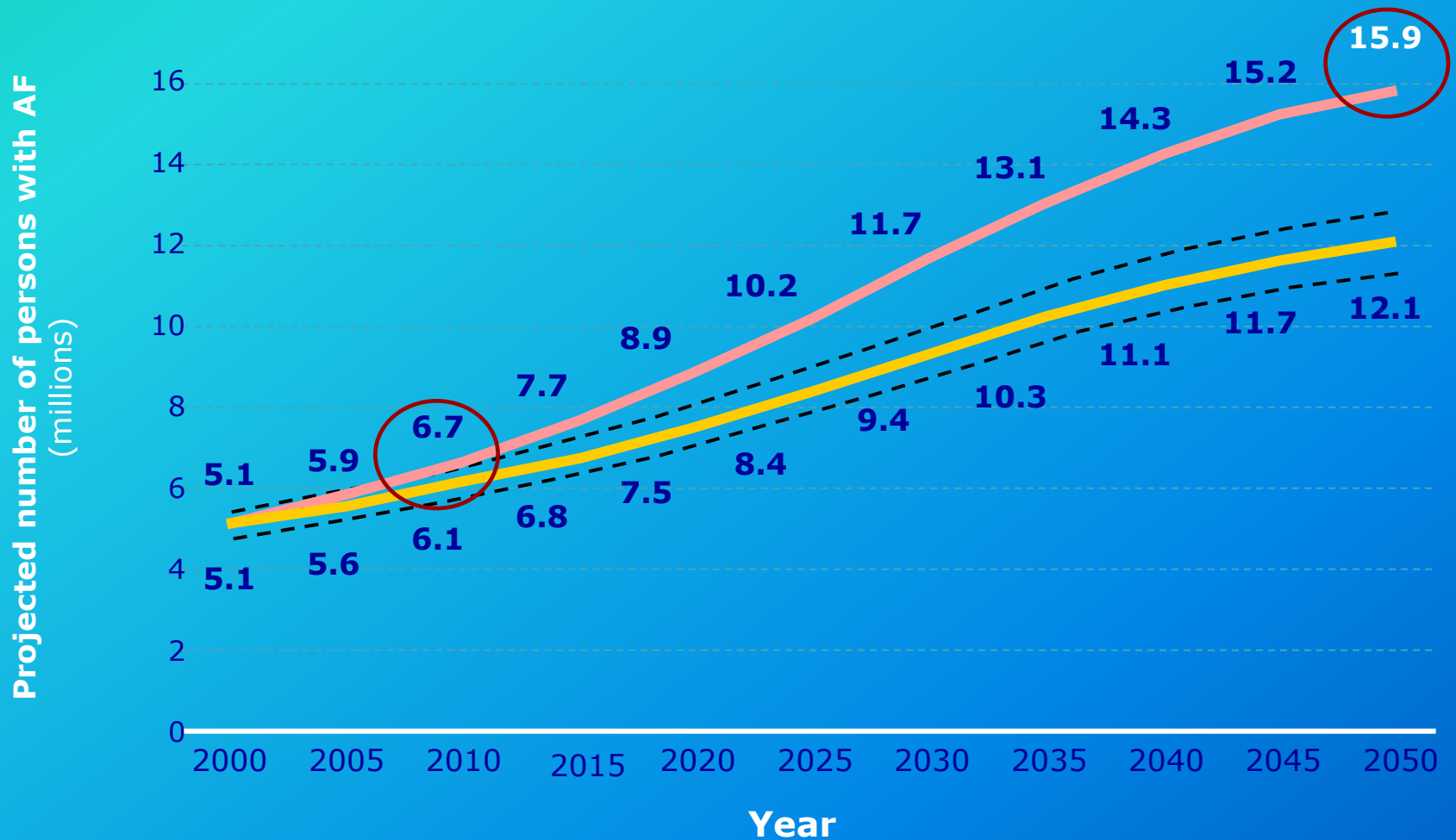
2.5% Olmsted County study

Miyasaka Y, et al. *Circulation* (2006) 114: 119

Go AS, et al. *JAMA* (2001) 285: 2370

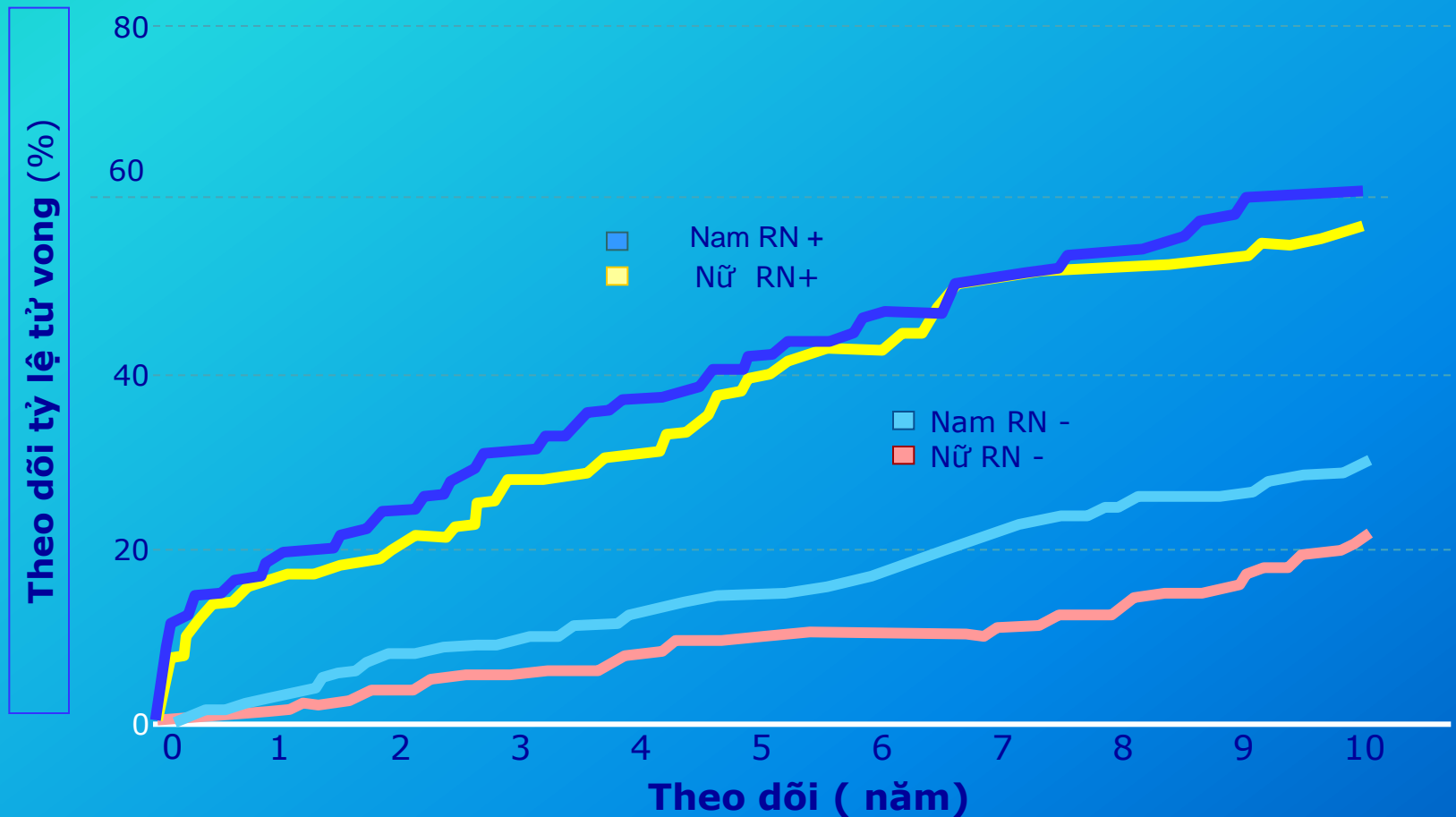
Tỷ lệ rung nhĩ

Nghiên cứu Olmsted County



Tỷ lệ tử vong kết hợp với rung nhĩ

Nghiên cứu Framingham, n=5209



NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ RUNG NHĨ

ĐIỀU TRỊ THA

ĐIỀU TRỊ RUNG NHĨ

- ❖ Kiểm soát tần số thất.
- ❖ Chuyển rung nhĩ về nhịp xoang.
- ❖ Dự phòng huyết khối.
- ❖ Mục đích của điều trị là làm cải thiện triệu chứng, phòng chống đột quy, giảm thời gian và số lần điều trị tại bệnh viện.
- ❖ Bệnh nhân rung nhĩ không dung nạp khi đã điều trị tối ưu cần được tư vấn hỗ trợ của các chuyên gia về điện sinh lý học tim để có biện pháp can thiệp tích cực hơn.

Chiến lược điều trị rung nhĩ

Kiểm soát tần số

Kiểm soát nhịp

Dự phòng huyết khối

Thuốc:

- Ca-Blocker
- β -Blocker
- Digitalis
- Amiodarone
- Dronedarone

Can thiệp

- RF và tạo nhịp

Thuốc

- Nhóm 1C
- Nhóm III
- Thuốc khác

Can thiệp

- Catheter Ablation**
- Tạo nhịp
- Phẫu thuật

Thuốc

- Sintrom
- Aspirin
- Thrombin-Inhibitor
- Xa-Inhibitor

Can thiệp

- LA-appendage closure (Watchman-Device)

Tái cấu trúc nhĩ trái

- UCMC
- Statins
- Dầu cá

Kiểm soát tần số thất

- ❖ Kiểm soát tần số thất trong rung nhĩ làm cải thiện triệu chứng lâm sàng và phòng nguy cơ suy tim do nhịp tim quá nhanh.
- ❖ Tất cả các bệnh nhân có chiến lược chuyển về nhịp xoang cũng cần được kiểm soát tần số thất trước.
- ❖ Không có công thức tiêu chuẩn cho việc dùng thuốc kiểm soát tần số thất mà phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng của bệnh nhân.
- ❖ Kiểm soát tần số thất cũng phụ thuộc vào tuổi bệnh nhân, nhưng thông thường đảm bảo khoảng 60 – 80ck/p khi nghỉ ngơi và 90 – 115ck/p khi gắng sức.

Kiểm soát tần số thất

- ❖ Sử dụng thuốc để kiểm soát tần số thất: Chọn Beta giao cảm, chẹn kênh canxi (nondihydropyridine), Digoxin.
- ❖ Một số thuốc khác sử dụng để duy trì nhịp xoang như sotalol, dronedarone, amiodarone, có thể dùng trong một số trường hợp kiểm soát đáp ứng tần số thất.
- ❖ **Triệt đốt nút nhĩ thất:**
 - ✓ Triệt đốt nút nhĩ thất và cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn cho những bệnh nhân có nhịp thất đáp ứng quá nhanh, mặc dù đã điều trị bằng thuốc tối ưu.
 - ✓ Tạo nhịp đồng bộ cơ tim CRT có hiệu quả cải thiện huyết động ở bệnh nhân rung nhĩ đã được triệt đốt nút nhĩ thất.

Chuyển rung nhĩ về nhịp xoang

Nguyên tắc chuyển nhịp:

- ❖ Có thể chuyển nhịp bằng thuốc hay sốc điện.
- ❖ Sốc điện đồng bộ trực tiếp có hiệu quả hơn chuyển nhịp bằng thuốc đơn thuần.
- ❖ Hạn chế của sốc điện đồng bộ là cần phải có gây mê.
- ❖ Hạn chế lớn nhất khi chuyển nhịp bằng thuốc là có nguy cơ bị xoắn đỉnh do tác dụng phụ của các thuốc chống loạn nhịp.
- ❖ Nguy cơ huyết khối không có sự khác nhau giữa chuyển nhịp bằng thuốc và bằng sốc điện.

Chuyên rung nhĩ về nhịp xoang

Sốc điện chuyên nhịp trực tiếp:

- ❖ Sốc điện đồng bộ nhận cảm sóng R.
- ❖ Nên sử dụng máy sốc điện 2 pha (biphasic).
- ❖ Sốc điện cấp cứu trong trường hợp nhịp thất đáp ứng quá nhanh không kiểm soát được bằng thuốc, huyết động không ổn định, bệnh tim thiếu máu cục bộ, tụt huyết áp, suy tim, rung nhĩ ở bệnh nhân có hội chứng Wolf-Parkinson-White.
- ❖ Trong trường hợp rung nhĩ tái phát ngay sau sốc điện, có thể sốc điện lần tiếp theo ngay kết hợp dùng thuốc chống rối loạn nhịp.
- ❖ Liều sốc điện điều trị rung nhĩ nên bắt đầu từ 150J.
- ❖ Chống chỉ định sốc điện trên bệnh nhân rung nhĩ có ngộ độc Digoxin, hoặc giảm Kali máu.

Chuyển rung nhĩ về nhịp xoang

Chuyển nhịp bằng thuốc:

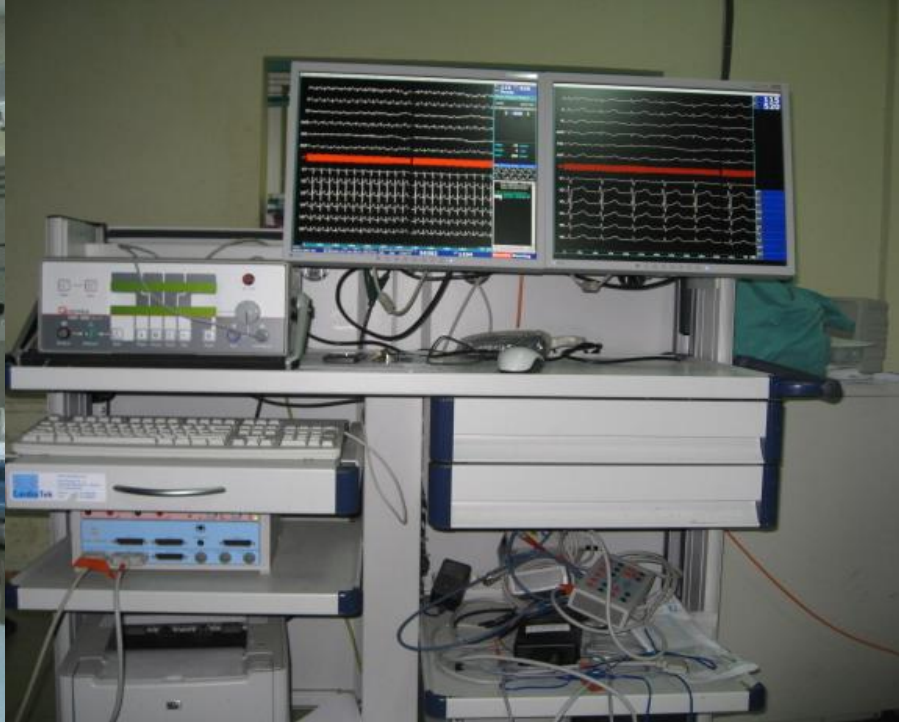
- ❖ Ibutilide, Flecainide, Dofetilide, Propafenone là các thuốc được lựa chọn hàng đầu có hiệu quả cao trong chuyển rung nhĩ về nhịp xoang.
- ❖ Amiodarone truyền tĩnh mạch có thể sử dụng để chuyển rung nhĩ về nhịp xoang tuy nhiên tỷ lệ thành công không cao.
- ❖ Có thể sử dụng để kết hợp với sốc điện chuyển nhịp tăng tỷ lệ thành công.
- ❖ Có thể kết hợp Magne tĩnh mạch trước khi dùng thuốc chống rối loạn nhịp để hạn chế nguy cơ xoắn đỉnh.
- ❖ Theo dõi điện tâm đồ liên tục ít nhất 4 giờ sau khi chuyển nhịp.
- ❖ Dronedarone phòng tái phát RN. Dronedarone có thể khởi đầu trong trị liệu ngoại trú (*Đây là khuyến cáo mới đang được xem xét lại*)

Điều trị rung nhĩ bằng triệt đốt qua catheter

- ❖ Dựa vào cơ chế tĩnh mạch phổi là vị trí quan trọng khởi phát và tạo rất nhiều vòng vào lại nhỏ ở bệnh nhân rung nhĩ.
- ❖ Cô lập điện học giữa tĩnh mạch phổi và nhĩ trái bằng năng lượng sóng radio loại trừ được rung nhĩ ở một số bệnh nhân.
- ❖ Triệt đốt bằng catheter là phương pháp có hiệu quả và là lựa chọn cho bệnh nhân rung nhĩ có triệu chứng điều trị nội khoa thất bại.
- ❖ Tỷ lệ thành công từ 40 – 90% với chỉ 1 lần triệt đốt, nếu bệnh nhân tái phát rung nhĩ có thể tiếp tục tiến hành triệt đốt nhiều lần tiếp theo.
- ❖ Tỷ lệ biến chứng của phương pháp này là 2-12%. Những biến chứng bao gồm: tràn dịch màng tim, ép tim cấp, biến chứng mạch máu, hẹp tĩnh mạch phổi, đột quỵ, dò nhĩ trái thực quản, tổn thương thần kinh hoành, tổn thương van hai lá.
- ❖ Tỷ lệ tử vong thấp < 0,1%.



angiograph



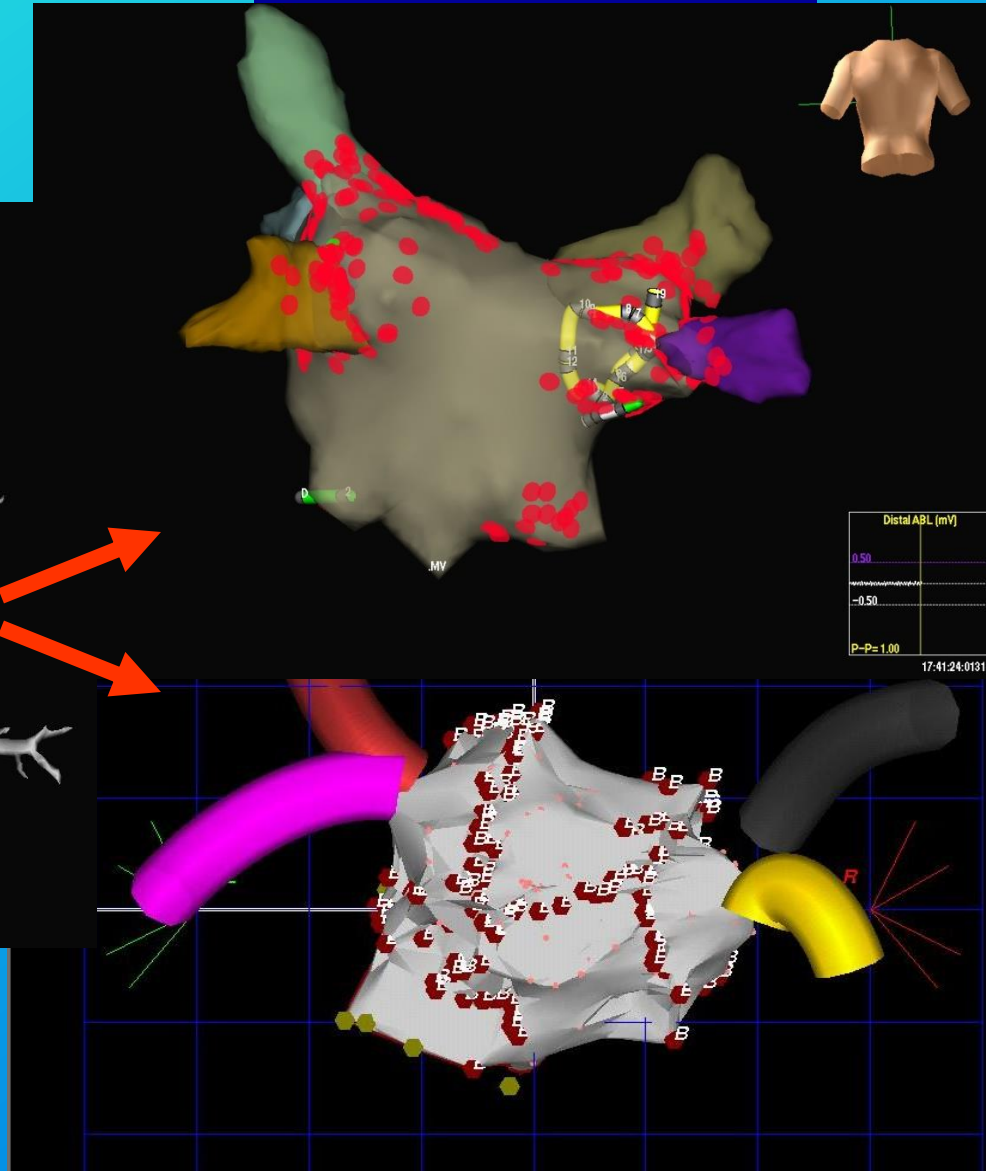
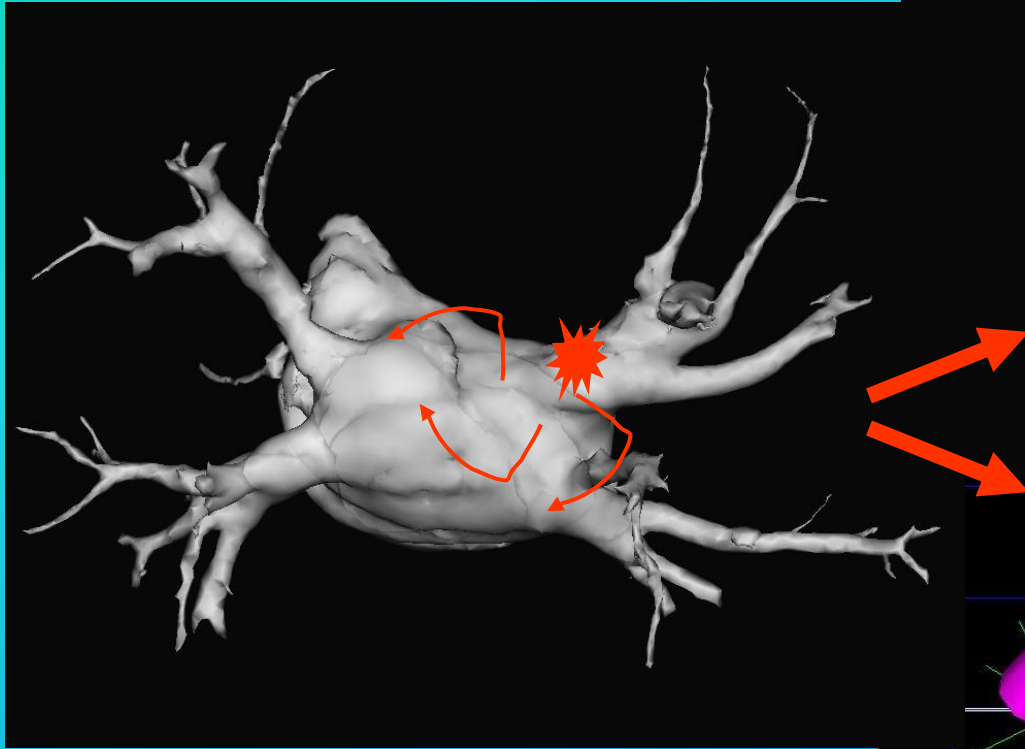
EP system



Carto system

Triệt đốt rung nhĩ

Cô lập tĩnh mạch phổi



Bloc dẫn truyền trong nhĩ trái

Phẫu thuật điều trị rung nhĩ

- ❖ Phẫu thuật cô lập nhĩ trái (Maze procedure) thường được chỉ định kết hợp với các phẫu thuật tim khác như mổ bắc cầu chủ vành, thay van tim, mổ sửa chữa trong bệnh tim bẩm sinh,...
- ❖ Phẫu thuật sẽ tạo các đường cắt cô lập từng vùng cơ nhĩ, tiểu nhĩ và các tĩnh mạch phổi nhưng vẫn bảo tồn được chức năng dẫn truyền trong nhĩ, nhờ vậy ngăn chặn được sự hình thành các vòng vào lại gây rung nhĩ.

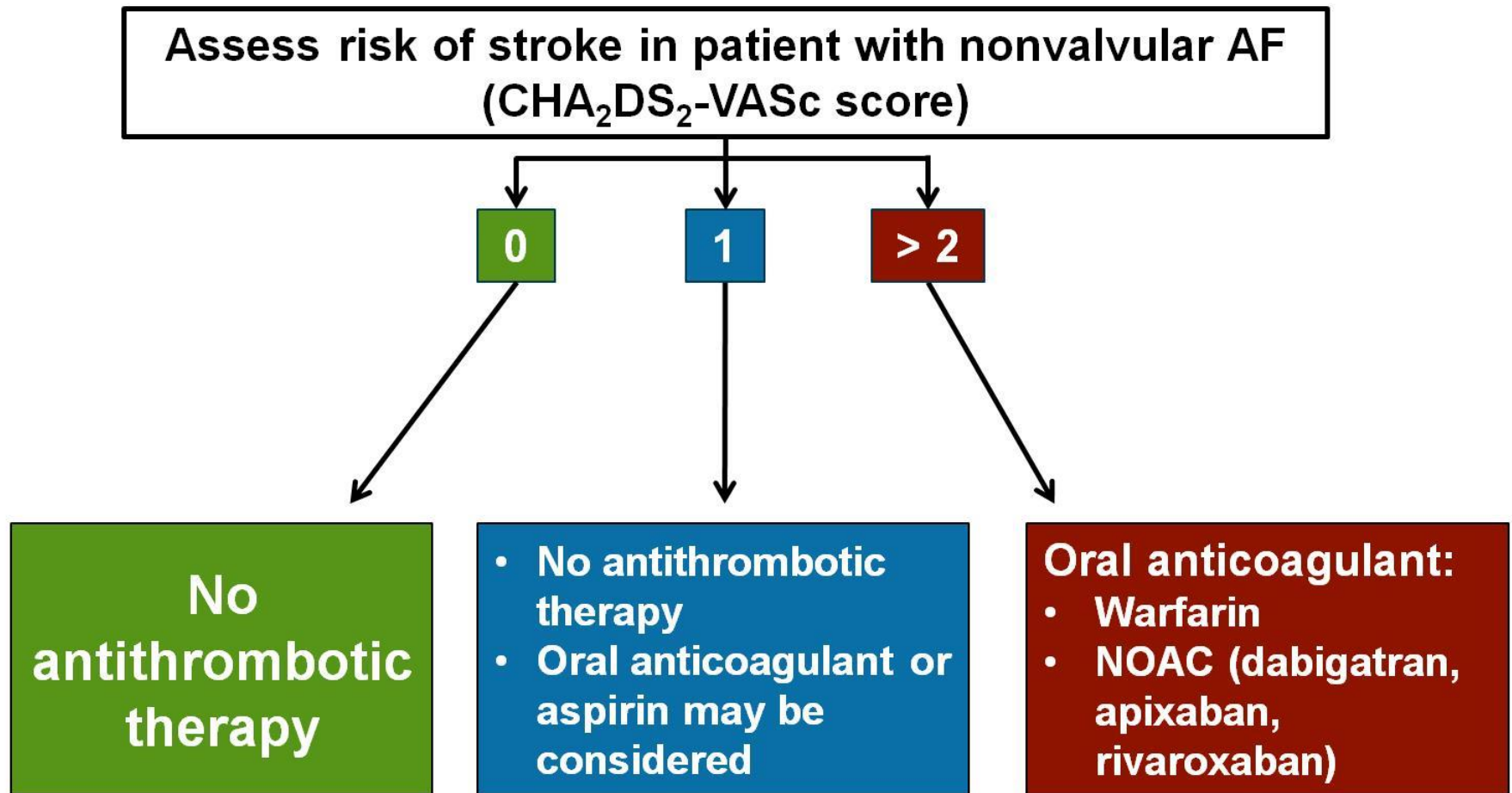
Thang điểm CHA₂DS₂-VASc và nguy cơ đột quy trên bệnh nhân Rung nhĩ

Mục	Điểm	CHA ₂ DS ₂ -VASc	Tỉ lệ đột quy trong 1-năm
Đột quy, TIA hay thuyên tắc hệ thống có trước đây	2		
Tuổi ≥75	2	8	22.38%
Suy tim ứ huyết *	1	7	21.50%
Tăng HA	1	6	19.74%
Đái tháo đường	1	5	15.26%
Tuổi 65–74	1	4	9.27%
Nữ giới	1	3	5.92%
Bệnh mạch máu	1	2	3.71%
		1	2.01%
		0	0.78%

Cộng điểm lại với nhau

*Or moderate-to-severe left ventricular systolic dysfunction (left ventricular ejection fraction ≤40%)

2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation



Điều trị chống đông trong rung nhĩ không do bệnh van tim (ACC/AHA/HRS 2014)

Class I

- Ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim có tiền sử đột quỵ, cơn tai biến mạch não thoáng qua hoặc điểm $CHA_2DS_2-VASC \geq 2$, thuốc chống đông uống được khuyến cáo dùng. Lựa chọn gồm: warfarin (INR 2.0-3.0), dabigatran, rivaroxaban hoặc apixaban.
- Ở bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim không thể duy trì INR trong khoảng trị liệu với warfarin, việc dùng dabigatran, rivaroxaban hoặc apixaban được khuyến cáo.
- Chức năng thận cần được đánh giá trước khi bắt đầu dabigatran, rivaroxaban hoặc apixaban và cần được đánh giá lại khi có chỉ định lâm sàng và ít nhất mỗi năm một lần.

Điều trị chống đông trong rung nhĩ không do bệnh van tim (ACC/AHA/HRS 2014)

Class IIa

- Rung nhĩ không do bệnh van tim với $CHA_2DS_2-VASC \geq 2$ và **bệnh thận giai đoạn cuối** ($CrCl < 15$ ml/min) hoặc chạy thận nhân tạo định kỳ: Warfarin (INR 2.0-3.0) là lựa chọn hợp lý.

Class IIb

- Rung nhĩ không do bệnh van tim với $CHA_2DS_2-VASC \geq 2$ và **bệnh thận mạn từ vừa đến nặng**: Có thể xem xét dùng dabigatran, rivaroxaban hoặc apixaban liều thấp, tuy nhiên tính an toàn và hiệu quả của tiếp cận này chưa được xác định.

Các thuốc kháng đông mới đã được chấp nhận (FDA, EU)

- **Dabigatran (N/c RELY) (Pradaxa)**
- Apixaban (N/c ARISTOTLE)**
- Rivaroxaban (N/c ROCKET AF)***
- Edoxaban (N/c ENGAGE-AF)****

*Connolly S et al. NEJM 2009; 361: 1139-1151

** Fox et al. Eur Heart J 2001; 32: 2387-2394

*** Hohnloser S et al. Eur Heart J 2012; 33: 2821-2831

**** 2014 AHA/ACC/HRS Guidelines for the management of Patients with Atrial Fibrillation

Thang điểm nguy cơ chảy máu HAS-BLED

Đặc điểm lâm sàng	Điểm
H: tăng HA (HA tâm thu >160 mm Hg)	1
A: chức năng thận hay gan bất thường	1 + 1
S: đột quỵ	1
B: chảy máu	1
L: INRs không ổn định	1
E: người cao tuổi (tuổi >65 tuổi)	1
D: thuốc hay rượu	1 + 1
Điểm cộng dồn	Giới hạn từ 0–9

Khuyến cáo về chảy máu

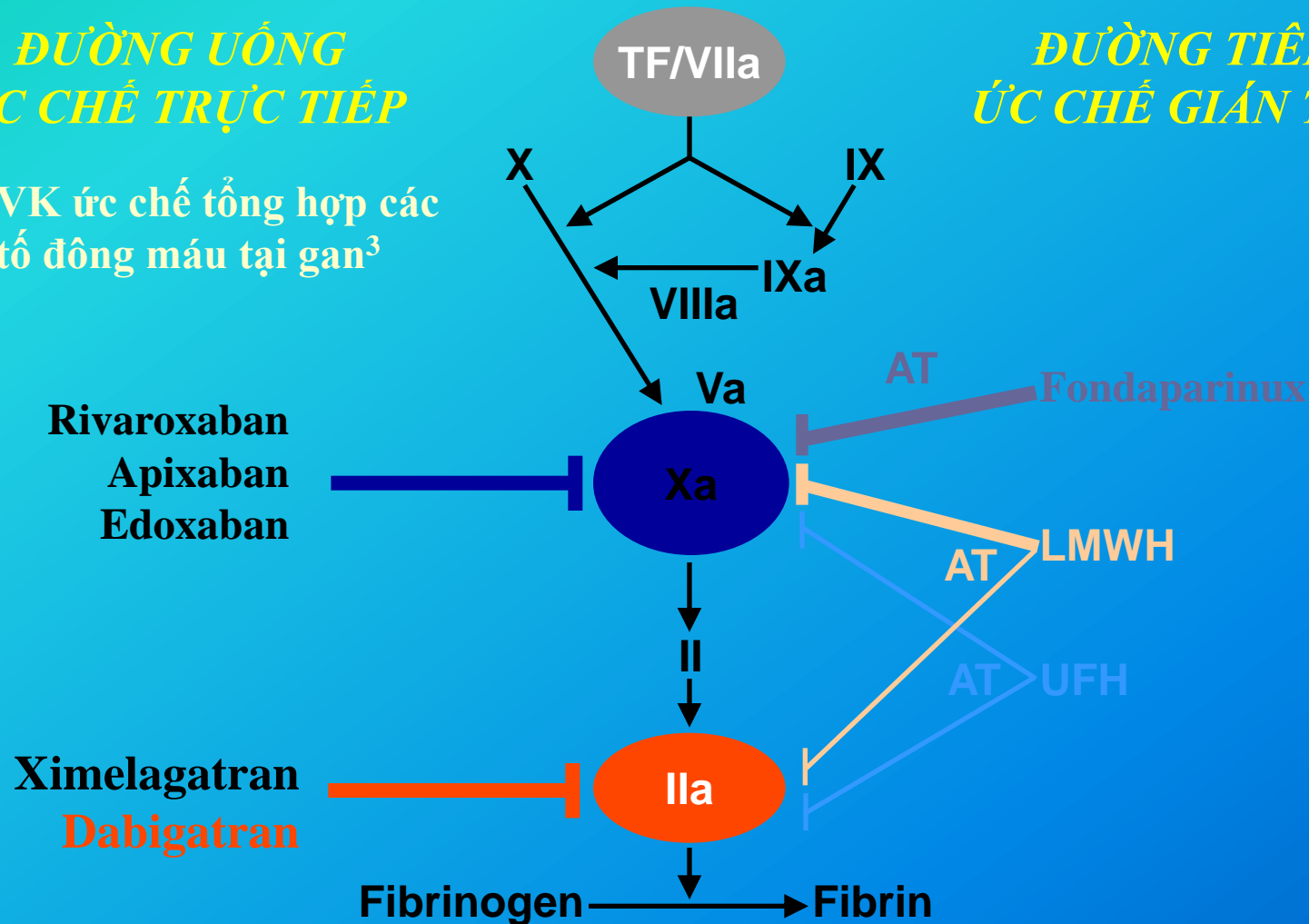
Khuyến cáo	Nhóm	Mức
Đánh giá về nguy cơ chảy máu được khuyến cáo khi kê đơn 1 thuốc chống huyết khối (dù là với VKA, NOAC, ASA/clopidogrel, hoặc ASA)	I	A
Điểm HAS-BLED nên được dùng để đánh giá nguy cơ chảy máu, với HAS-BLED \geq 3 cho thấy “nguy cơ cao” và do đó cần thận trọng và thường xuyên theo dõi sau khi bắt đầu chống huyết khối, dù với OAC hoặc thuốc kháng tiểu cầu.	IIa	A
Nên xử trí các yếu tố có thể điều chỉnh cho biến chứng chảy máu (vd: huyết áp không kiểm soát, INRs không ổn định nếu BN dùng VKA, các thuốc sử dụng đồng thời [ASA, NSAIDs, v.v.], rượu, ...)		B
Nên dùng điểm HAS-BLED để xác định các yếu tố chảy máu có thể điều chỉnh, nhưng không nên sử dụng nó đơn thuần để loại bỏ liệu pháp OAC		B
Nguy cơ chảy máu nặng với thuốc kháng tiểu cầu (phối hợp ASA-clopidogrel và ASA đơn trị đặc biệt với BN lớn tuổi) nên được xem xét tương tự như với OAC	IIa	B

Điểm tác động của các thuốc kháng đông

ĐƯỜNG UỐNG
ỨC CHẾ TRỰC TIẾP

Kháng VK ức chế tổng hợp các yếu tố đông máu tại gan³

ĐƯỜNG TIÊM
ỨC CHẾ GIÁN TIẾP



Adapted from: 1. Weitz *et al*, 2005 and 2. Weitz *et al*, 2008; 3. Ansell *et al*, 2008.

Kháng đông mới đường có lợi điểm

Chế độ dùng thuốc đơn giản, không tiết chế ăn uống, khả năng kháng đông tiên đoán được và không cần theo dõi XN đông máu thường xuyên. Có thể dùng với liều cố định

Giảm khả năng tương tác thuốc, tương tác với thức ăn

Giảm XN chuyên sâu

Ít tác động lên cuộc sống thường nhật

Gia tăng tuân thủ điều trị

Giảm chi phí nhập viện

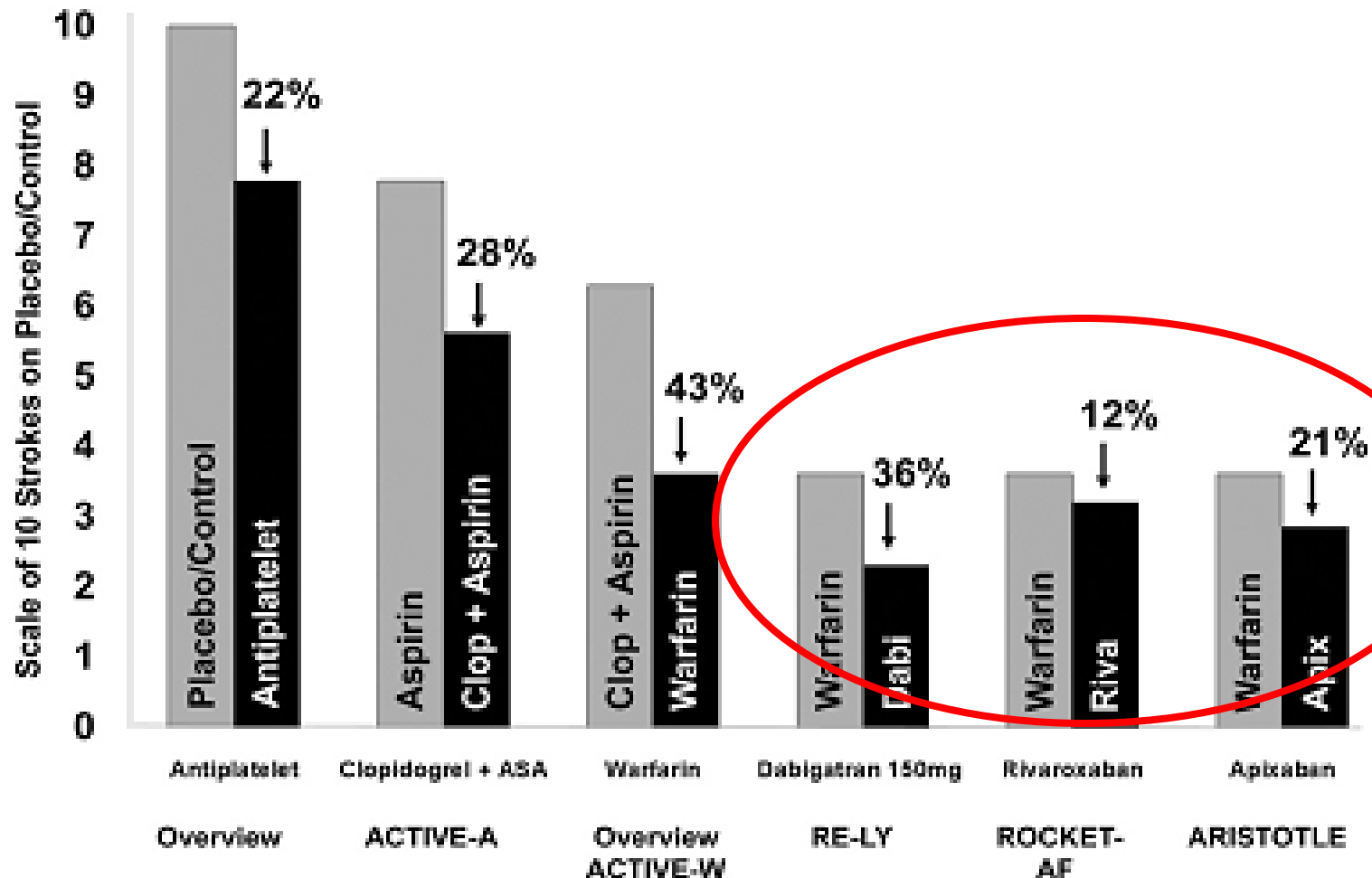
Nâng cao chất lượng cuộc sống

Tăng lợi ích so nguy cơ

Hấp thu & chuyển hóa NOAC

	Dabigatran	Rivaroxaban
Sinh khả dụng	3-7%	66% (không dùng kèm thức ăn) ~100% (dùng với thức ăn)
Tiền chất	Dạng tiền chất	Không phải tiền chất
Độ thanh thải: không qua thận/qua thận nếu chức năng thận bình thường	20%/80%	65%/35%
Chuyển hóa ở gan: CYP3A4	không	có (bài tiết)
Hấp thu với thức ăn	Không ảnh hưởng	+39%
Nên dùng với thức ăn?	Không nên	Khuyến dùng
Hấp thu với H2B/PPI	Nồng độ trong huyết tương giảm -12 to -30%	Không ảnh hưởng
Ảnh hưởng bởi sắc tộc châu Á	Nồng độ thuốc trong huyết tương tăng +25%	Không ảnh hưởng
Rối loạn tiêu hóa	Tỷ lệ rối loạn tiêu hóa 5-10%	Không vấn đề
Thời gian bán thải	12-17h	5-9h (thanh niên)/11-13h (người già)

Vai trò của thuốc trong Rung nhĩ không do bệnh van tim



RE-VERSE AD™: rapid infusion of 5 g idarucizumab resulted in immediate reversal of dabigatran levels

In a cohort of multi-morbid, elderly patients taking dabigatran who presented with life-threatening emergencies:

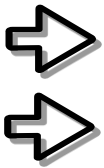
- A 5 g dose of idarucizumab resulted in immediate and complete reversal of dabigatran anticoagulation in 88–98% of patients
- Mean time to cessation of bleeding in Group A was < 12 hours*
- Operator judged intraoperative haemostasis as “normal” in 92% of evaluable Group B patients
- No safety concerns identified to date in the analysis

RE-VERSE AD™: implications

Dabigatran has already been shown to have a positive benefit–risk profile both in clinical trials and in real-world settings

There are rare situations where a dabigatran-specific reversal agent with immediate and complete effect and no procoagulant side effects can be of great value to clinicians

Idarucizumab is a true innovation in the field of anticoagulation and may provide a further improvement in dabigatran’s benefit–risk profile



Idarucizumab has received CHMP positive opinion in the EU (24 Sept 2015)¹

Idarucizumab has been approved by the U.S. FDA (16 Oct 2015)²

1. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). Minutes from 21–24 September 2015 meeting;

2. U.S. FDA press release 16 October 2015

Điều trị thuốc chống đông khi chuyển nhịp

- ❖ Tất cả bệnh nhân rung nhĩ > 48 giờ, hoặc không biết rung nhĩ từ khi nào phải điều trị wafarin/sintrom ít nhất 3 tuần với $INR \geq 2,0$ trước khi chuyển nhịp.
- ❖ Siêu âm tim qua thực quản đánh giá huyết khối nhĩ trái có thể thay thế cho 3 tuần điều trị wafarin/sintrom, nhưng bệnh nhân vẫn phải tiếp tục được điều trị wafarin hoặc heparin trong thời gian chuyển nhịp.
- ❖ Trong trường hợp chuyển nhịp cấp cứu phải dùng Heparin đường tĩnh mạch duy trì APTT từ 1,5 đến 2 lần nhóm chứng và điều trị tiếp theo bằng thuốc kháng Vitamin K (wafarin/sintrom).
- ❖ Wafarin/sintrom được tiếp tục điều trị sau chuyển nhịp ít nhất 4 tuần. Sau đó dựa vào thang điểm CHADS2-VASc để quyết định tiếp tục dùng tiếp hay không.



Xin cảm ơn

**Hẹn gặp lại tại Hội nghị Nhịp tim
toàn quốc 26-27/11/2016
Sheraton Hotel - Hà nội**