



TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Bộ môn Tim mạch



TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HARVARD

Trung tâm y khoa Beth Israel Deaconess

RUNG NHĨ

VÀ CÁC THUỐC CHỐNG ĐÔNG THỂ HỆ MỚI

Đối tượng: Bác sỹ gia đình

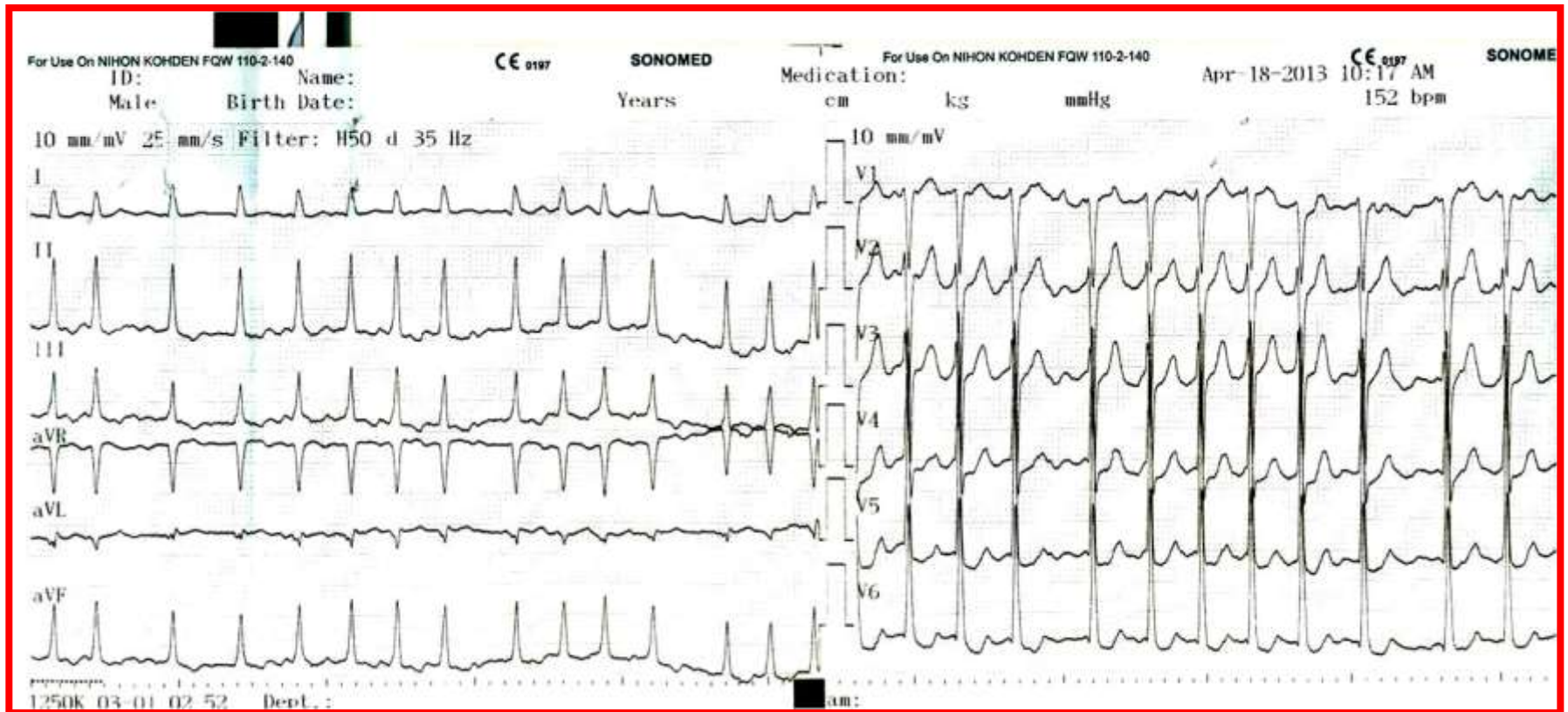
BS. NGUYỄN TUẤN HẢI

nguyentuanhai@hmu.edu.vn

CA LÂM SÀNG

- Bệnh nhân nữ, 65 tuổi
- Không có tiền sử THA hay đái tháo đường
- Mệt, khó thở kèm theo hồi hộp trống ngực 1 tháng nay
- Khám lâm sàng:
 - Tim mạch:
 - HA: 120/80 mmHg
 - Nhịp tim: 130 ck/ph, LNHT, không thổi
 - TM cổ nổi, phù nhẹ chi dưới
 - Hô hấp:
 - Phổi không ran
 - Tiêu hóa: BT

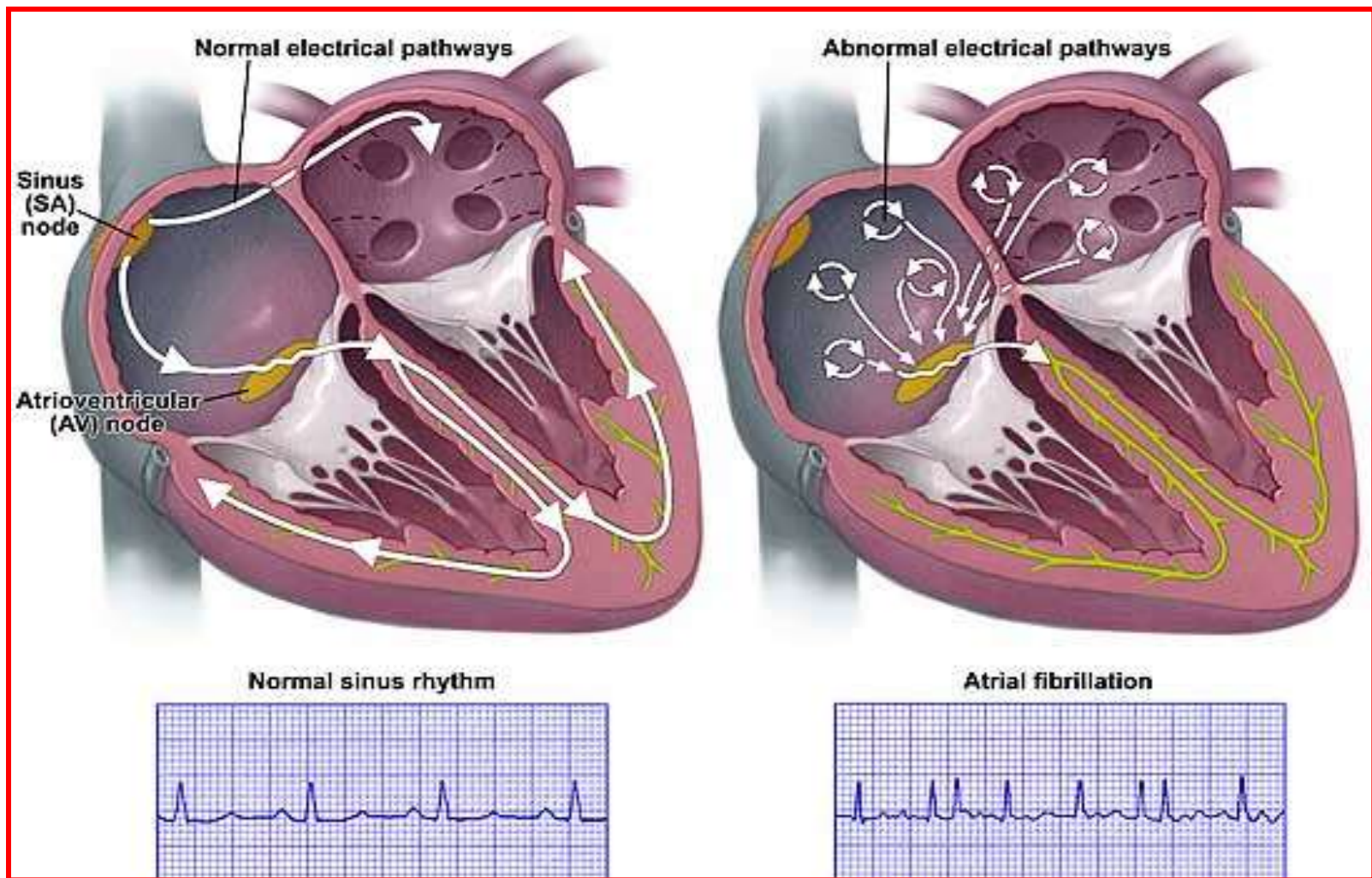
ĐIỆN TIM



1. Chẩn đoán?
2. Những câu hỏi cần đặt ra để điều trị bệnh nhân này?
3. Điều trị cho bệnh nhân trong vòng 24 giờ đầu?
4. Chiến lược điều trị cho bệnh nhân về sau?

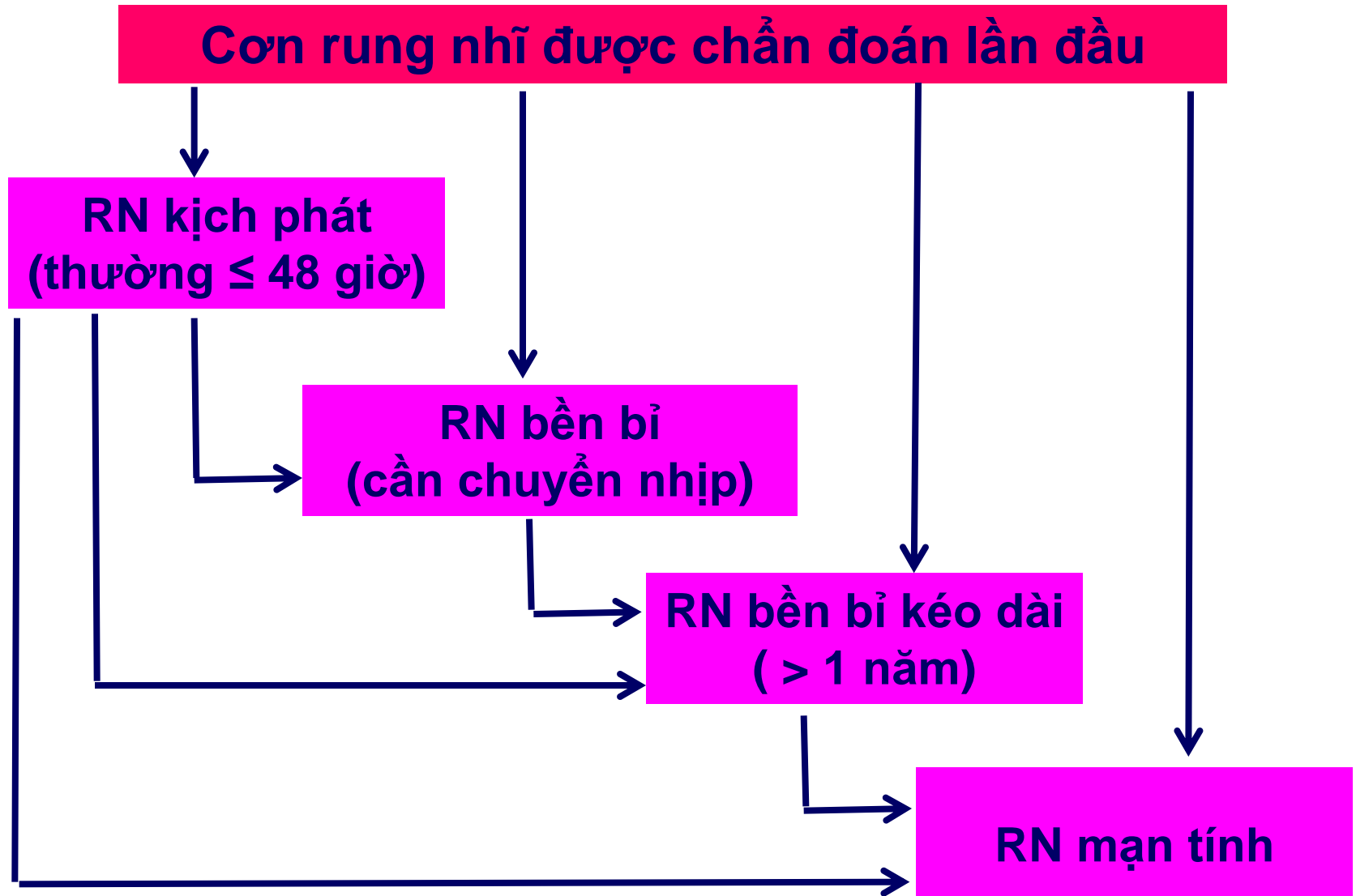
?

RUNG NHĨ



- Một loại nhịp nhanh trên thất, đặc trưng bởi sự hoạt hóa nhĩ không đồng bộ.
- Trên ĐTĐ, đặc trưng bởi sự thay thế sóng P bằng những sóng rung nhanh khác nhau về biên độ, hình dạng, thời gian, thường phối hợp với đáp ứng thất nhanh (khi dẫn truyền nhĩ thất nguyên vẹn).

Phân loại



Rung nhĩ vô căn (đơn độc)

- Không có bệnh tim hoặc các yếu tố thúc đẩy sự hình thành RN.
- Bệnh nhân có thể bị RN cơn kịch phát, bền bỉ hoặc mạn tính (15 - 30 % RN mạn tính và 25 - 45 % RN kịch phát)
- Tuổi của BN rung nhĩ vô căn thường trẻ hơn so với các BN có bệnh tim cấu trúc
- Tiên lượng tốt, đặc biệt nếu tuổi ít hơn 60 – 65 tuổi

Thang điểm EHRA đánh giá triệu chứng (European Heart Rhythm Association)

Thang điểm	Mức độ
EHRA I	‘Không triệu chứng’
EHRA II	‘Triệu chứng ở mức độ nhẹ’; không ảnh hưởng tới sinh hoạt hàng ngày
EHRA III	‘Triệu chứng ở mức độ nặng’; ảnh hưởng tới hoạt động hàng ngày
EHRA IV	‘Triệu chứng ở mức độ trầm trọng’; không thể thực hiện được hoạt động sinh hoạt hàng ngày

CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm máu: Bình thường
 - creatinin: 94 $\mu\text{mol/l}$
 - fasting glucose: 5,8 mmol/l
 - FT4: 15 pmol/l; TSH: 3,1 $\mu\text{U/ml}$
- XQ tim phổi: Bóng tim không to, trường phổi b/thường
- Siêu âm tim qua thành ngực:
 - Dd 52 mm; Ds 31 mm; EF 31%,
 - Hở hai lá nhẹ, không có huyết khối
- Chụp động mạch vành: bình thường

CHẨN ĐOÁN

Rung nhĩ bền bỉ, vô căn (EHRA III)

Bệnh cơ tim do rối loạn nhịp nhanh

Hậu quả trên lâm sàng của RN

Hậu quả	Thay đổi ở bệnh nhân RN
1. Tử vong	Tăng gấp đôi nguy cơ tử vong
2. Đột quy (bao gồm cả đột quy do chảy máu não)	Nguy cơ đột quy tăng Đột quy ở BN rung nhĩ thường nặng nề hơn
3. Nhập viện điều trị	BN rung nhĩ thường xuyên phải vào viện điều trị, làm giảm chất lượng cuộc sống.
4. Chất lượng cuộc sống và khả năng gắng sức	Rất thay đổi, từ không bị ảnh hưởng, tới suy giảm nặng nề RN có thể làm BN rất mệt vì hồi hộp, trống ngực và nhiều triệu chứng khác.
5. Chức năng thất trái	Rất thay đổi, từ không bị ảnh hưởng, tới bệnh cơ tim do rối loạn nhịp nhanh, và suy tim cấp.

RN là loại rối loạn nhịp thường gặp, và nguy hiểm

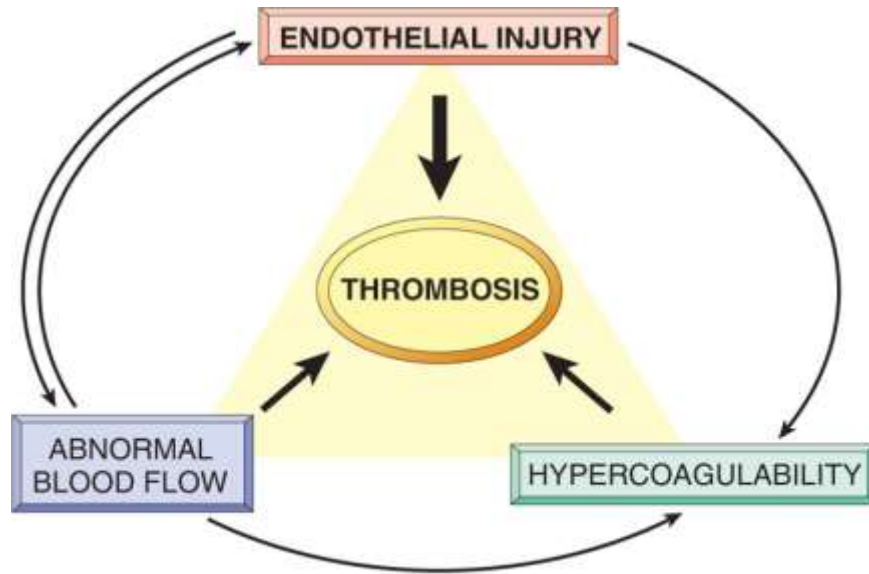
- **RN làm tăng nguy cơ đột quy lên gấp 5 lần.**
- **Nguy cơ đột quy là tương đương ở BN rung nhĩ cơn kịch phát, bền bỉ hay vĩnh viễn.**
- **Đột quy do RN thường trầm trọng hơn do các nguyên nhân khác, làm tăng bệnh suất, tử suất, và các rối loạn chức năng khác.**

1. Savelieva et al. Ann Med 2007;39:371–391

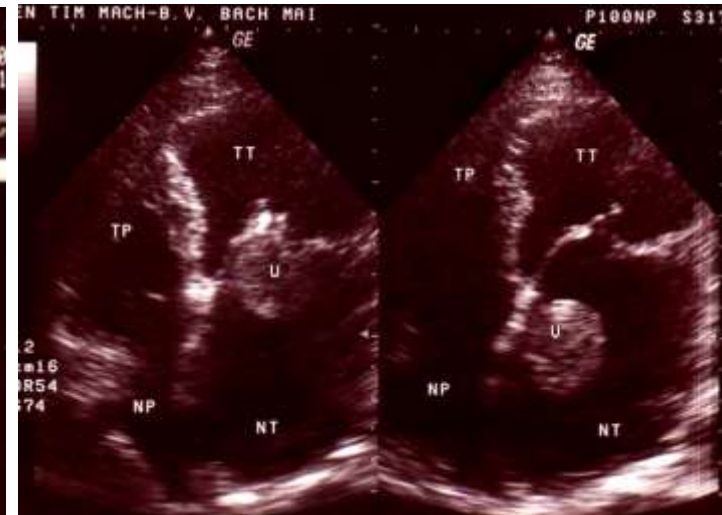
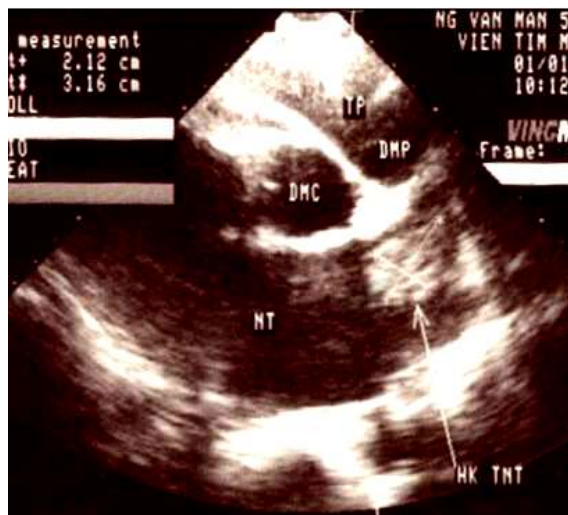
2. Hart R et al. JACC 2000; 35:183-187

Cơ chế hình thành huyết khối trong RN

Tam giác Virchow



- Thay đổi cấu trúc giải phẫu trong và ngoài tim, thành mạch máu
- Thay đổi bất thường về dòng máu (ứ trệ)
- Thay đổi bất thường các thành phần trong máu (tăng đông)



Điều trị rung nhĩ

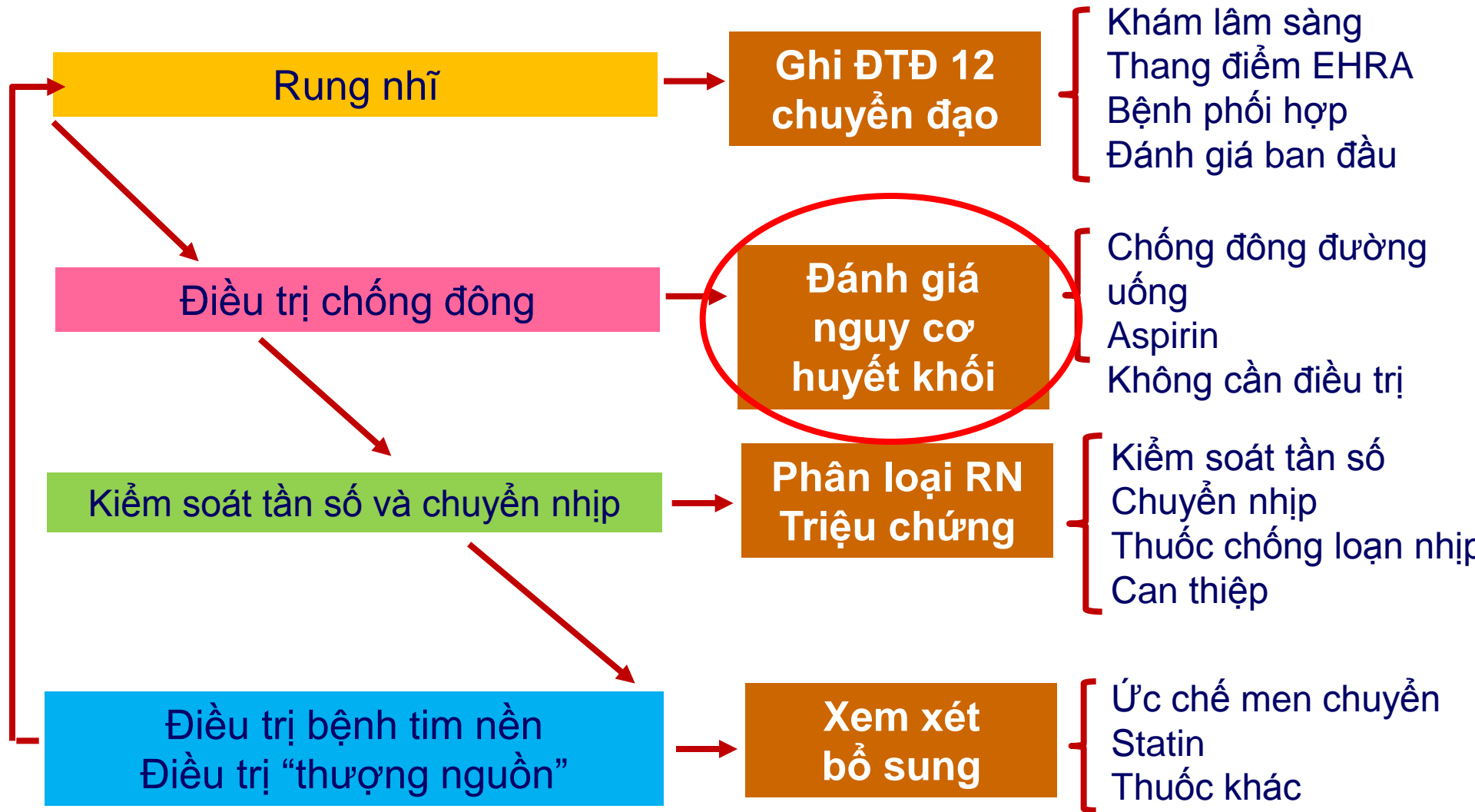
**Kiểm soát
tần số thất**



**Chuyển
nhịp**

**Dự phòng
huyết khối**

Phân tầng điều trị cho BN rung nhĩ



Đánh giá nguy cơ huyết khối

Các yếu tố đánh giá nguy cơ đột quy

Nguy cơ cao

- Hẹp hai lá
- Van nhân tạo
- Tiền sử đột quy hay TBMN thoáng qua

Nguy cơ thấp

- Tuổi từ 65–75
- Bệnh mạch vành
- Giới nữ
- Cường giáp

Nguy cơ trung bình

- Tuổi >75
- Tăng huyết áp
- Đái tháo đường
- Suy tim hoặc CNTTr↓

Yếu tố chưa rõ ràng

- Thời gian kéo dài của RN
- Phân loại RN (kích phát hay bền bỉ)
- Đường kính nhĩ trái

Thang điểm CHADS₂

Đánh giá nguy cơ đột quỵ của RN

CHADS2 Risk	Điểm
Suy tim	1
Tăng HA	1
Tuổi > 75	1
ĐTĐ	1
Đột quỵ/TBMN thoáng qua	2

Thang điểm CHADS2	Số lượng BN (n = 1733)	% đột quỵ hiệu chỉnh/năm
0	120	1.9
1	463	2.8
2	523	4.0
3	337	5.9
4	220	8.5
5	65	12.5
6	5	18.2

Nguy cơ thấp: 0 – 1
Nguy cơ trung bình - cao: ≥ 2

Van Walraven C, et al. Arch Intern Med 2003; 163:936.
Go A, et al. JAMA 2003; 290: 2685.
Gage BF, et al. Circulation 2004; 110: 2287.

Thang điểm CHA₂DS₂VASc

CHA2DS2-VASc	Điểm
C HF or LVEF \leq 40% (Suy tim/EF \leq 40%)	1
H ypertension (THA)	1
A ge \geq 75 (Tuổi \geq 75)	2
D iabetes (ĐTĐ)	1
S troke/TIA/ Thromboembolism (Đột quỵ/TBMNthoáng qua/HK)	2
V ascular Disease (Bệnh mạch máu)	1
A ge 65 – 74 (Tuổi 65-74)	1
S ex category (Female) (Giới nữ)	1

Điểm CHA2DS2-VASc	Số bệnh nhân (n = 7329)	Tần số đột quỵ hiệu chỉnh (%/năm)
0	1	0
1	422	1.3
2	1230	2.2
3	1730	3.2
4	1718	4.0
5	1159	6.7
6	679	9.8
7	294	9.6
8	82	6.7
9	14	15.2

Nguy cơ thấp: 0 – 1

Nguy cơ trung bình-cao: \geq 2

So sánh CHA₂DS₂VASc và CHADS₂

• Hạn chế của CHADS₂:

- Một số YTNC không xác định được → đánh giá không đúng mức nguy cơ đột quy
- Tuổi 75 không phải YTNC nhân đôi → đúng hơn là một sự liên tục với nguy cơ tăng lên mỗi 10 năm, kể từ tuổi 65.
- Theo CHADS₂, có 1 tỷ lệ lớn BN rung nhĩ nằm trong nhóm nguy cơ “trung bình” bị đột quy → không đánh giá đúng mức → không được điều trị chống đông đủ hiệu quả để dự phòng.

• CHA₂DS₂-VASc:

- Định danh nguy cơ của bệnh nhân xác thực hơn, với các ng/cứu cho thấy chỉ có rất ít biến cố đột quy xảy ra ở nhóm nguy cơ “thấp”.
- Chỉ có một tỉ lệ nhỏ BN được xếp loại nguy cơ “trung gian”.
- Đơn giản hóa sự lựa chọn của bệnh nhân để điều trị chống đông → Loại bỏ tính không chắc chắn về dạng điều trị phòng ngừa huyết khối tốt nhất

Điều trị chống đông trong RN

Giảm nguy cơ đột quỵ

